

IX LECCIONES EN ACTUALIZACIÓN Y FORMACION SANITARIA



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

IX Lecciones en Actualización y Formación Sanitaria



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

IX Lecciones en Actualización y Formación Sanitaria

Fecha de publicación: 20 de septiembre 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: 978-84-19560-85-8

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

Producción editorial e impresión: CienciaSanitaria.es.

Índice

1	EFFECTOS DE LA TELEMEDICINA EN LAS PRÁCTICAS MÉDICAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SANDRA CASTELLANOS CUEVAS, LIRIA CHAMORRO RUFO, SONIA BRICEÑO GARCÍA, LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA Y MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS	3
2	ENFERMEDAD POR HERPES ZOSTER LUCIA PALACIO TOMÁS Y MARÍA JUNCAL MENA HUARTE	11
3	FACTORES NUTRICIONALES Y GENERALES QUE PUEDE INFLUIR EN LA PÉRDIDA DE TOLERANCIA A LOS ALIMENTOS. SILVIA RODRIGUEZ MANCHON	15
4	PREVENCIÓN PRIMARIA DEL DESARROLLO DE ALERGIAS ALIMENTARIAS EN LA INFANCIA: INTERVENCIONES EN LA MADRE DURANTE LA GESTACIÓN Y LACTANCIA SILVIA RODRIGUEZ MANCHON	27
5	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA INFECCIÓN POR CRYPTOSPORIDIUM EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO MARÍA JUNCAL MENA HUARTE Y LUCIA PALACIO TOMÁS	39
6	SHOCK. CUIDADOS CRÍTICOS: CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DE ATENCIÓN URGENTE ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO, RAQUEL MARTÍN GALLEGU, ALICIA MÁRQUEZ TRUJILLO, ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ Y MARIA ANGELA VALERO MANCEBO	45

7	INSUFICIENCIA CARDIACA: SÍNDROME CLÍNICO Y ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO, ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ, MARIA ANGELA VALERO MANCEBO, ALICIA MÁRQUEZ TRUJILLO Y RAQUEL MARTÍN GALLEG0	49
8	REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO, MARIA ANGELA VALERO MANCEBO, ALICIA MÁRQUEZ TRUJILLO, RAQUEL MARTÍN GALLEG0 Y ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ	53
9	EL DIPLOMADO/A DE ENFERMERÍA Y EL TRABAJO EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS JOSE LUIS TOLMOS RIVERA	57
10	LA ACTIVIDAD FÍSICA Y COGNITIVA COMO HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL DETERIORO COGNITIVO ANA PILAR SALINAS ARMERO	61
11	PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL APOYO A LA LACTANCIA LETICIA ANTUÑA GUTIÉRREZ	75
12	ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍAS URGENTES LAURA TORRES PANCORBO, CARMEN ROMERO NAHARRO, JULIANA HORTELANO HORTELANO, LLANOS LOPEZ MORA Y ELENA CANTÓ GARCÍA	79
13	EL VALOR NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA LAURA TORRES PANCORBO, CARMEN ROMERO NAHARRO, JULIANA HORTELANO HORTELANO, LLANOS LOPEZ MORA Y ELENA CANTÓ GARCÍA	83
14	ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN EL PROCESO DE TRANSPLANTE DE CORAZÓN LAURA TORRES PANCORBO, CARMEN ROMERO NAHARRO, JULIANA HORTELANO HORTELANO, LLANOS LOPEZ MORA Y ELENA CANTÓ GARCÍA	87

15	MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL RESERVORIO SUBCUTÁNEO PORT-A-CATH® MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ, LORENA DIAZ LOPEZ, TAMARA PALOMINO MARTIN, MIRIAM CASARES BENITO Y ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA	93
16	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PARACENTESIS EVACUADORA PARA PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ, TAMARA PALOMINO MARTIN, MIRIAM CASARES BENITO, ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA Y LORENA DIAZ LOPEZ	99
17	ENFERMERIA Y EL CUIDADO DE LA CONEXIÓN IRREGULAR ENTRE UNA ARTERIA Y UNA VENA CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA, MARIA LEON HERVAS, MARIA DEL VALLE ALAÑON ACEVEDO, ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO Y ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS	105
18	MUESTRA POR ENFERMERÍA DE LAS ENFERMEDADES Y PATOLOGÍAS PROCEDENTES DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA, MARIA LEON HERVAS, MARIA DEL VALLE ALAÑON ACEVEDO, ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO Y ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS	109
19	PACIENTE CON DISPOSITIVO INTRAVENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA, MARIA LEON HERVAS, MARIA DEL VALLE ALAÑON ACEVEDO, ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO Y ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS	115
20	LA IMPORTANCIA DEL ORDEN CORRECTO DE LLENADO DE TUBOS EN LA EXTRACCIÓN SANGUÍNEA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SARAY JIMENEZ ALAVA, LAURA LOPEZ BLASCO, CLAUDIA LERIN PEREZ, MARIA LASHERAS CACHO Y VERONICA DÍAZ ROSILLO	119

21	ENFERMERÍA Y EL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS DANIEL LOPEZ REY FORTUNA, GONZALO MARTINEZ MARTINEZ, RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO, JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ Y JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA	125
22	ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS EN LA CIRUGÍA BARIÁTRICA DANIEL LOPEZ REY FORTUNA, GONZALO MARTINEZ MARTINEZ, RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO, JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ Y JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA	131
23	DESNUTRICIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS Y LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DANIEL LOPEZ REY FORTUNA, GONZALO MARTINEZ MARTINEZ, RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO, JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ Y JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA	135
24	ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE PORTADOR DE UNA UROSTOMÍA TIPO BRICKER. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA CARMEN MUÑOZ GUZMÁN, MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO, RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN, MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ Y ESTER GARCÍA CEBRIÁN	139
25	PACIENTE NEUROCRÍTICO Y LOS CUIDADOS POR PARTE DE ENFERMERÍA CARMEN MUÑOZ GUZMÁN, MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO, RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN, MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ Y ESTER GARCÍA CEBRIÁN	143
26	PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA ALIVIAR EL DOLOR CARMEN MUÑOZ GUZMÁN, MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO, RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN, MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ Y ESTER GARCÍA CEBRIÁN	147
27	CAMBIOS FÍSICOS DE LAS MUJERES DURANTE EL CLIMATERIO PATRICIA GARCÍA OVIEDO	151

28	CAMBIOS PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA SALUD SEXUAL DE LAS MUJERES DURANTE EL CLIMATERIO PATRICIA GARCÍA OVIEDO	157
29	ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA SALUD SEXUAL DE MUJERES CLIMATÉRICAS PATRICIA GARCÍA OVIEDO	161
30	MANEJO DE ENFERMERÍA EN LA EXTRACCIÓN DE SANGRE VENOSA Y ORDEN DE LLENADO DE TUBOS DE MUESTRAS SANGUÍNEAS MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ, LORENA DIAZ LOPEZ, TAMARA PALOMINO MARTIN, MIRIAM CASARES BENITO Y ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA	167
31	EVOLUCIÓN DE LAS ITS A NIVEL MUNDIAL ÁNGEL RAMÓN AYALA RODRIGO	173
32	INTERVENCIONES ENFERMERAS PARA FOMENTAR LA SALUD SEXUAL DE LAS MUJERES CLIMATÉRICAS PATRICIA GARCÍA OVIEDO	181
33	MANEJO DE POSICIONES OCCÍPITO-POSTERIORES PERSISTENTES EN EL TRABAJO DE PARTO EVA ALONSO GUADAMILLAS, MARÍA CHICANO MARTÍNEZ, ANDREA GÁLLEGO ALISES, MARIA ISABEL SOLERA ABAD Y PAULA HERRÁIZ PINO	187
34	LA TERAPIA COMPRESIVA COMO “GOLD STANDARD” EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS VENOSAS EN MIEMBRO INFERIOR PAULA HERRÁIZ PINO, ANDREA GÁLLEGO ALISES, EVA ALONSO GUADAMILLAS, MARÍA CHICANO MARTÍNEZ Y MARIA ISABEL SOLERA ABAD	191
35	CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A REDUCCIÓN MAMARIA POR GIGANTOMASTIA CELIA ARROYO MOLINA, NATALIA AMATE ESCABIAS, ALBA LÓPEZ MARTIN, BLANCA HERRERO ALCAIDE Y LAURA VARGAS BEAMUD	195

36 PAPEL DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PATRICIA GARCÍA OVIEDO	205
37 LAS FUNCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA POR PARTE DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA ALICIA MANRIQUE RUIZ, ALICIA PERAIRA MORAL, HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO, LAURA GARCÍA PUÑAL Y FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA	213
38 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES RARAS DEL METABOLISMO ALICIA MANRIQUE RUIZ, HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO, LAURA GARCÍA PUÑAL, FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA Y ALICIA PERAIRA MORAL	217
39 ENFERMERÍA EN EL CUIDADO A LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS ALTAMENTE CONTAGIOSAS ALICIA MANRIQUE RUIZ, ALICIA PERAIRA MORAL, HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO, LAURA GARCÍA PUÑAL Y FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA	221
40 ABORDAJE DEL PIE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA ANDREA GÁLLEGO ALISES, MARIA ISABEL SOLERA ABAD, PAULA HERRÁIZ PINO, EVA ALONSO GUADAMILLAS Y MARÍA CHICANO MARTÍNEZ	225
41 ACTUALIZACIONES DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ, SARA PAJARON BUENACHE, PATRICIA MELERO ALEGRIA, NOELIA CABEZA GARROTE Y CARLA GEOVANNA LEVER	231
42 REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA TÉCNICA DE CANALIZACIÓN DE ACCESOS VASCULARES ECOGUIADOS JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO, ELENA MOROTE CUMPLIDO, ANA ISABEL ALMENA FRANCO, MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA Y MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES	235

43 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA CONJUNTIVITIS INFANTIL NURIA GOMEZ JARILLO, JOSE LUIS MOLINA INIESTA, JAVIER MOLINA INIESTA, CARLOS MOLINA INIESTA Y MARIA ISABEL INIESTA TEBAR	239
44 CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN CATETERISMO CARDÍACO NURIA GOMEZ JARILLO, CARLOS MOLINA INIESTA, JAVIER MOLINA INIESTA, JOSE LUIS MOLINA INIESTA Y MARIA ISABEL INIESTA TEBAR	243
45 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU INTERVENCIÓN EN LAS PACIENTES CON DEPRESIÓN POSTPARTO NURIA GOMEZ JARILLO, CARLOS MOLINA INIESTA, JAVIER MOLINA INIESTA, JOSE LUIS MOLINA INIESTA Y MARIA ISABEL INIESTA TEBAR	247
46 ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIACOS ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA, VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ, MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR, MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES Y MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO	251
47 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE TERMINAL ONCOLÓGICO ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA, MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR, MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES, MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO Y VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ	255
48 CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA, MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO, MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR, VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ Y MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES	259

- 49 ENFERMERÍA Y LOS TIPOS DE INSULINAS SUBCUTÁNEAS PARA LOS PACIENTES CON DIABETES**
ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN, NURIA BARON ALMANSA,
MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS, YOLANDA TRAPERO
MORENO Y YOLANDA TORRES ORTEGA 269
- 50 SITUACIONES DE ESTRÉS DE LOS DIPLOMADOS/AS DE ENFERMERÍA EN EL ENTORNO LABORAL**
ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN, NURIA BARON ALMANSA,
MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS, YOLANDA TRAPERO
MORENO Y YOLANDA TORRES ORTEGA 273
- 51 ENFERMERÍA ANTE LA LECHE HUMANA VERSUS LECHE DE FÓRMULA FRENTE A LA ENTEROCOLITIS NECROSANTE EN EL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO**
ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN, NURIA BARON ALMANSA,
MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS, YOLANDA TRAPERO
MORENO Y YOLANDA TORRES ORTEGA 277
- 52 TAREAS DEL ENFERMERO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA**
CAROLINA CAMPOS PÉREZ, ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO,
MARTA MARÍN RUIZ, ALBA LÓPEZ-PELÁEZ Y CRISTINA DONAIRE
RIVERA 287
- 53 TAREAS DEL ENFERMERO EN EL ÁREA DE LA CAMPAÑA DE CITOSTÁTICOS**
CAROLINA CAMPOS PÉREZ, ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO,
MARTA MARÍN RUIZ, ALBA LÓPEZ-PELÁEZ Y CRISTINA DONAIRE
RIVERA 291
- 54 PROMOCIÓN DE LA SALUD MEDIANTE EL MODELO DE ACTIVOS**
LAURA CLIMENT SUÁREZ Y GEMMA FERNANDEZ PARDO 295
- 55 LA CARGA DE TRABAJO, LA FATIGA, LA INSATISFACCIÓN LABORAL Y EL AMBIENTE DE TRABAJO EN ENFERMERÍA**
ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO, ANA ISABEL MOLINA
MATITO, AMPARO GOMEZ ESPINOSA, VANESA LÓPEZ DEL PRADO
PARDO Y IRENE CAMACHO RODRIGUEZ 299

56	ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA A PACIENTES INMOVILIZADOS MARIA LUISA ROMERO ALONSO, ISABEL RUESCAS CALLEJA Y DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES	311
57	EL ALZHEIMER. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA IRENE LOPEZ DE LA RIVA	317
58	REVISIÓN SISTEMÁTICA COMPARANDO EL USO DE LA POVIDONA YODADA Y LA CLORHEXIDINA ALCOHÓLICA JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO, ELENA MOROTE CUMPLIDO, ANA ISABEL ALMENA FRANCO, MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA Y MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES	321
59	INSUFICIENCIA CARDIACA: REHABILITACIÓN CARDIACA MARIA LASHERAS CACHO, LAURA LOPEZ BLASCO, SARAY JIMENEZ ALAVA, CLAUDIA LERIN PEREZ Y VERONICA DÍAZ ROSILLO	327
60	CÁNCER: PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA MARIA LASHERAS CACHO, LAURA LOPEZ BLASCO, VERONICA DÍAZ ROSILLO, CLAUDIA LERIN PEREZ Y SARAY JIMENEZ ALAVA	333
61	ENFERMERÍA EN LA LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN DURANTE LA EDAD PEDIÁTRICA NEREA CABALLERO CALERO, TAMARA OLIVA LEÓN, JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ, DAVID FUENTES FERNANDEZ Y MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI	339
62	ENFERMERA Y LOS PACIENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA POST-ICTUS NEREA CABALLERO CALERO, TAMARA OLIVA LEÓN, JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ, DAVID FUENTES FERNANDEZ Y MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI	347
63	MANEJO DE LA MEDICACIÓN EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO. REVISIÓN SISTEMÁTICA CRISTINA SERRANO MOVILLA, MONTSERRAT COMINO BRUNNER, ELSA MOLINERO CASTAÑEDA, LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ Y SARA CASTELLANOS CASTRO	351

- 64 ATENCIONES E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA HACÍA EL
CUIDADO DE PACIENTES INFECTADOS POR VIH
DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ, SARA PAJARON BUENACHE,
PATRICIA MELERO ALEGRIA, NOELIA CABEZA GARROTE Y CARLA
GEOVANNA LEVER 355
- 65 MELANOMA. EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y
DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE PIEL
ELENA PEÑA RUBÍN DE CELIS Y LETICIA ANTUÑA GUTIÉRREZ 359
- 66 REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO
CON JABÓN Y CEPILLO O CON SOLUCIÓN ALCOHÓLICA
JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO, ELENA MOROTE CUMPLIDO,
ANA ISABEL ALMENA FRANCO, MARÍA DEL CARMEN CÁMARA
SEVILLA Y MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES 363
- 67 TRASTORNO DE DESREGULACIÓN DISRUPTIVA DEL ESTADO DE
ÁNIMO Y EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA
LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO, MARIA ROSA MARTINEZ HARO,
EVA MARÍA ÁLVAREZ CEVIDANES, BEATRIZ JUSTO SÁNCHEZ Y
ROCIO DIAZ GUZMAN 369
- 68 PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL CATÉTER DE
ACCESO VENOSO CENTRAL (PICC)
LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO, MARIA ROSA MARTINEZ HARO,
EVA MARÍA ÁLVAREZ CEVIDANES, BEATRIZ JUSTO SÁNCHEZ Y
ROCIO DIAZ GUZMAN 373
- 69 INFLUENCIA DEL TRIAJE DE URGENCIAS EN LA ATENCIÓN DE
PACIENTES QUE ACUDEN CON ICTUS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ, SARA CASTELLANOS CASTRO,
CRISTINA SERRANO MOVILLA, MONTSERRAT COMINO BRUNNER
Y ELSA MOLINERO CASTAÑEDA 377
- 70 SÍNDROME HELLP EN GESTANTE PRETÉRMINO Y PLAN DE
CUIDADOS DE ENFERMERÍA
MARTA PÉREZ INOCENCIO, PAULA CUERDA LLORET, MARÍA
INMACULADA LORENZO INOCENCIO Y SILVIA MARÍA RODENAS
CANDELAS 383

71	PLAGIOCEFALIA POSTURAL EN RECIÉN NACIDOS MARTA PÉREZ INOCENCIO, PAULA CUERDA LLORET, MARÍA INMACULADA LORENZO INOCENCIO Y SILVIA MARÍA RODENAS CANDELAS	389
72	DETERGENTES, DETERGENCIA Y LAVADO DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO NAOMI RAQUEL DOMÍNGUEZ VALDIVIEZO	395
73	INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO NAOMI RAQUEL DOMÍNGUEZ VALDIVIEZO	401
74	EL PACIENTE QUIRÚRGICO NAOMI RAQUEL DOMÍNGUEZ VALDIVIEZO	407
75	CASO CLÍNICO: ABSCESO CEREBRAL POR COMPLICACIÓN DE SINUSITIS FRONTAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO VIRGINIA TAJUELO FLORES, ESTHER NAVARRO GÓMEZ, ANA TRUEBA GONZÁLEZ, ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ Y FLORENTINA DIANA LAMBRU	413
76	MORTALIDAD EN RESIDENCIAS DE MAYORES POR COVID-19: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS PAULA CUERDA LLORET, SILVIA MARÍA RODENAS CANDELAS, MARTA PÉREZ INOCENCIO Y MARÍA INMACULADA LORENZO INOCENCIO	419
77	EL PROCESO DE LA ALIMENTACIÓN EN EL ADULTO MAYOR VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO, ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO, ANA ISABEL MOLINA MATITO, AMPARO GOMEZ ESPINOSA Y IRENE CAMACHO RODRIGUEZ	425
78	FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA OBESIDAD INFANTIL VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO, ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO, ANA ISABEL MOLINA MATITO, AMPARO GOMEZ ESPINOSA Y IRENE CAMACHO RODRIGUEZ	429

- 79 TÉCNICAS ACTUALIZADAS PARA ENFERMERÍA DE RCP BÁSICA Y AVANZADA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO**
DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ, SARA PAJARON BUENACHE,
PATRICIA MELERO ALEGRIA, NOELIA CABEZA GARROTE Y CARLA GEOVANNA LEVER 433
- 80 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) DESCOMPENSADA Y ANASARCA**
MARTA PÉREZ INOCENCIO, PAULA CUERDA LLORET, MARÍA INMACULADA LORENZO INOCENCIO Y SILVIA MARÍA RODENAS CANDELAS 437
- 81 APLICACIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA ENFERMERÍA**
DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES, ISABEL RUESCAS CALLEJA Y MARIA LUISA ROMERO ALONSO 443
- 82 SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE: FACTORES DE RIESGO Y MEDIDAS PREVENTIVAS**
PAULA CUERDA LLORET, SILVIA MARÍA RODENAS CANDELAS, MARTA PÉREZ INOCENCIO Y MARÍA INMACULADA LORENZO INOCENCIO 447
- 83 EXPANSIÓN DEL ROL DE LOS PROFESIONALES ENFERMEROS: IMPLEMENTACIÓN DE LA PRÁCTICA AVANZADA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE**
ISABEL RUESCAS CALLEJA, MARIA LUISA ROMERO ALONSO Y DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES 451
- 84 GUÍA DE CLASIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN (UPP) PARA ENFERMERÍA**
CELIA SÁNCHEZ CASAS, LISAIDA REINA TRUJILLO, ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ, TAMARA NOVA VALERO Y ANA ISABEL MOYA RINCÓN 457

- 85 GUÍA LESIONES ASOCIADAS A LA HUMEDAD RELACIONADAS CON LA INCONTINENCIA PARA ENFERMERÍA**
CELIA SÁNCHEZ CASAS, LISAIDA REINA TRUJILLO, ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ, TAMARA NOVA VALERO Y ANA ISABEL MOYA RINCÓN 463
- 86 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: VALORACIÓN Y DIFERENCIACIÓN DE LAS LESIONES ASOCIADAS A LA HUMEDAD. INSTRUMENTOS Y ESCALAS PARA ENFERMERÍA**
CELIA SÁNCHEZ CASAS, LISAIDA REINA TRUJILLO, ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ, TAMARA NOVA VALERO Y ANA ISABEL MOYA RINCÓN 467
- 87 MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE**
SARA ALVAREZ DIAZ, ESTHER GONZÁLEZ NIETO Y MARÍA ESTÉVEZ VILLANUEVA 471
- 88 RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE PRIMARIA**
MARIA ISABEL RUS ORTEGA, ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ, AIXA CASILDAS GÓMEZ, BEATRIZ RUIZ GALACHE Y BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ 475
- 89 RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL BANCO DE SANGRE**
MARIA ISABEL RUS ORTEGA, ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ, AIXA CASILDAS GÓMEZ, BEATRIZ RUIZ GALACHE Y BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ 481
- 90 FACTORES DE RIESGO EN EL SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR: REVISIÓN SISTEMÁTICA**
SARA CASTELLANOS CASTRO, CRISTINA SERRANO MOVILLA, MONTSERRAT COMINO BRUNNER, ELSA MOLINERO CASTAÑEDA Y LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ 487
- 91 ANTICOAGULANTES ORALES Y VITAMINA K**
ESTHER GONZÁLEZ NIETO, MARÍA ESTÉVEZ VILLANUEVA Y SARA ALVAREZ DIAZ 491

92 GESTACIÓN SUBROGADA: ARGUMENTOS EN CONTRA Y A FAVOR SONIA BRICEÑO GARCÍA, LIRIA CHAMORRO RUFO, SANDRA CASTELLANOS CUEVAS, LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA Y MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS	495
93 ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL RICARDO MORALES RUIZ, BEATRIZ OEO DELGADO, MILAGROS HONRUBIA PÉREZ Y SARA DÍAZ ÍÑIGO	505
94 ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES QUE PADECEN ANSIEDAD ANTES DE UNA OPERACIÓN RICARDO MORALES RUIZ, BEATRIZ OEO DELGADO, MILAGROS HONRUBIA PÉREZ Y SARA DÍAZ ÍÑIGO	509
95 ENFERMERÍA EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL DE PACIENTE CRÍTICO RICARDO MORALES RUIZ, BEATRIZ OEO DELGADO, MILAGROS HONRUBIA PÉREZ Y SARA DÍAZ ÍÑIGO	515
96 ABORDAJE TERAPÉUTICO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DOLOR ONCOLÓGICO MARIA RUIZ HOLGADO, ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS, AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN, ANDREA MURCIA VILLALBA Y SARA BASCUÑANA NIETO	519
97 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LITIASIS VESICULAR MARIA RUIZ HOLGADO, ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS, AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN, ANDREA MURCIA VILLALBA Y SARA BASCUÑANA NIETO	523
98 APOYO CONTINUO DE LA MATRONA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO POR PARTE DE LA ENFERMERA MARIA RUIZ HOLGADO, ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS, AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN, ANDREA MURCIA VILLALBA Y SARA BASCUÑANA NIETO	527

99 CASO CLÍNICO DE UNA PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	
SILVIA MARÍA RODENAS CANDELAS, MARTA PÉREZ INOCENCIO, MARÍA INMACULADA LORENZO INOCENCIO Y PAULA CUERDA LLORET	531
100 MÚSCULOS: ESTRUCTURA Y FUNCIÓN	
BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO	539
101 EXÉRESIS DE CARCINOMA BASOCELULAR NODULAR EN ZONA RETROAURICULAR: CIERRE POR SEGUNDA INTENCIÓN	
MARÍA ESTÉVEZ VILLANUEVA, SARA ALVAREZ DIAZ Y ESTHER GONZÁLEZ NIETO	543
102 PREPARACIÓN ÓTICA PREVIA A LA EXTRACCIÓN DE UN TAPÓN DE CERUMEN MEDIANTE IRRIGACIÓN: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
TAMARA CABAÑERO CONTRERAS, MARÍA DOLORES GALLEGOS, ROSA, GONZALO ALARCÓN CARRERES, CORAL GARCÍA GUIJARRO Y MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA	547
103 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN DEBUT DIABÉTICO. CASO CLÍNICO	
ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ, ESTHER NAVARRO GÓMEZ, VIRGINIA TAJUELO FLORES, ANA TRUEBA GONZÁLEZ Y FLORENTINA DIANA LAMBRU	551
104 LACTANCIA MATERNA COMO FACTOR DE PROTECCIÓN MÚLTIPLE	
EVA MARÍA ÁLVAREZ CEVIDANES Y JAVIER ROMERO PÉREZ	565
105 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO	
LAURA VARGAS BEAMUD, CELIA ARROYO MOLINA, ALBA LÓPEZ MARTIN, NATALIA AMATE ESCABIAS Y BLANCA HERRERO ALCAIDE	569

106 PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NOSOCOMIALES: PRÁCTICAS DE HIGIENE DE MANOS Y SU IMPACTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	
JAVIER MARTÍN MACÍAS, FRANCISCO MAROTO ESTRADA, NATALIA MARTÍN MACÍAS, JULIA LERIDA CAMUÑAS Y LAURA CAMACHO CUESTA	573
107 PAPEL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA PERCUTÁNEA LUMBAR	
GEMMA FERNANDEZ PARDO Y LAURA CLIMENT SUÁREZ	579
108 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DEL TEST DE O'SULLIVAN	
ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO	585
109 DESGARROS CUTÁNEOS: CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON FRAGILIDAD CUTÁNEA. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
TAMARA CABAÑERO CONTRERAS, MARÍA DOLORES GALLEG ROSA, GONZALO ALARCÓN CARRERES, CORAL GARCÍA GUIJARRO Y MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA	591
110 CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA	
NATALIA MARTÍN MACÍAS, FRANCISCO MAROTO ESTRADA, JAVIER MARTÍN MACÍAS, JULIA LERIDA CAMUÑAS Y LAURA CAMACHO CUESTA	597
111 MANEJO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ANTICOAGULADO CON ACENOCUMAROL.	
NOELIA VARGAS MUÑOZ, EVA ALONSO MORALES, MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA, NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS Y ANA SÁNCHEZ ROSILLO	601
112 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PSICOSOCIALES DERIVADAS DE LA DIABETES MELLITUS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE	
MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA, EVA ALONSO MORALES, NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS, ANA SÁNCHEZ ROSILLO Y NOELIA VARGAS MUÑOZ	605

- 113 LIMPIEZA DE HERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZACIÓN: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
MARÍA DOLORES GALLEGO ROSA, CORAL GARCÍA GUIJARRO,
TAMARA CABAÑERO CONTRERAS, GONZALO ALARCÓN
CARRERES Y MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA 611
- 114 MECANISMOS DE LA FOSFORILACIÓN OXIDATIVA, IMPORTANCIA DEL ATP SINTASA Y ENFERMEDADES POR EL MAL FUNCIONAMIENTO**
MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS, LIRIA
CHAMORRO RUFO, SONIA BRICEÑO GARCÍA, SANDRA
CASTELLANOS CUEVAS Y LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA 617
- 115 APLICACIÓN DE LA TERAPIA HIPERBÁRICA CON OXÍGENO EN PACIENTES POST ICTUS**
VIRGINIA MERINO GARCIA, FRANCISCO LÓPEZ CANO,
ALEXANDRA LAZAR, DAVID RONCERO GARCIA Y JULIA
CASTELLANOS FRANCO 623
- 116 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO. ENFERMERÍA GERIÁTRICA**
FRANCISCO MAROTO ESTRADA, JULIA LERIDA CAMUÑAS, JAVIER
MARTÍN MACÍAS, LAURA CAMACHO CUESTA Y NATALIA MARTÍN
MACÍAS 629
- 117 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA UNA PACIENTE CON MASTECTOMÍA PROFILÁCTICA**
FLORENTINA DIANA LAMBRU, ESTHER NAVARRO GÓMEZ,
VIRGINIA TAJUELO FLORES, ANA TRUEBA GONZÁLEZ Y
ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ 639
- 118 PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA**
NAIRA CORDERO GUTIÉRREZ 645

- 119 CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL DECÚBITO PRONO EN SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO ASOCIADO A COVID-19**
ALEXANDRA LAZAR, DAVID RONCERO GARCIA, FRANCISCO LÓPEZ CANO, JULIA CASTELLANOS FRANCO Y VIRGINIA MERINO GARCIA 649
- 120 PROYECTO BACTERIEMIA ZERO**
CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ, ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO, CARLOS VERA HERVÁS Y LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA 655
- 121 TÉCNICA DE PRONACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ, ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO, CARLOS VERA HERVÁS Y LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA 667
- 122 EL DELIRIUM EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ, ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO, CARLOS VERA HERVÁS Y LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA 681
- 123 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA**
ALBA LÓPEZ MARTIN, NATALIA AMATE ESCABIAS, BLANCA HERRERO ALCAIDE, LAURA VARGAS BEAMUD Y CELIA ARROYO MOLINA 689
- 124 COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA**
MARINA MORALES QUIRALTE, ELENA MARTINEZ ALFARO, PAULA MONREAL BRUNNER, NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ Y CAMILA MARÍA TERCERO ABAD 693

125 COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ANEURISMA DE AORTA MARINA MORALES QUIRALTE, ELENA MARTINEZ ALFARO, PAULA MONREAL BRUNNER, NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ Y CAMILA MARÍA TERCERO ABAD	697
126 COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA MARINA MORALES QUIRALTE, ELENA MARTINEZ ALFARO, PAULA MONREAL BRUNNER, NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ Y CAMILA MARÍA TERCERO ABAD	701
127 EL PACIENTE CON FARINGITIS Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ARÁNZAZU FERNÁNDEZ CHUECO, KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ, ELENA ROJAS RODRÍGUEZ, FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ PASCUAL Y JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ	705
128 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PERSONAS CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) NOELIA VARGAS MUÑOZ, EVA ALONSO MORALES, MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA, NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS Y ANA SÁNCHEZ ROSILLO	709
129 LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN DURANTE LA EDAD PEDIÁTRICA CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ	713
130 QUE HACE EL EQUIPO DE ENFERMERIA EN UNA SALA DE OPERACIONES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ	721
131 LA CARDIOVERSIÓN Y DESFIBRILACIÓN ELÉCTRICA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ	729

- 132 RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ANABOLIZANTES Y EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO A ESTUDIO POR ENFERMERÍA**
DAVID RONCERO GARCIA, ALEXANDRA LAZAR, FRANCISCO LÓPEZ CANO, JULIA CASTELLANOS FRANCO Y VIRGINIA MERINO GARCIA 737
- 133 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DE UN DRENAJE**
MARI CARMEN RAMÍREZ DE ARELLANO GÓMEZ DEL PULGAR, CARMEN SANCHEZ MONTAÑES MARTIN POZUELO, ANTONIO GALIANO JURADO, LAURA ANDARIAS MORALEDA Y ANA MARÍA FERNÁNDEZ MORENO 743
- 134 ACTUACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE EL CODIGO ICTUS**
CARMEN SANCHEZ MONTAÑES MARTIN POZUELO, MARI CARMEN RAMÍREZ DE ARELLANO GÓMEZ DEL PULGAR, ANTONIO GALIANO JURADO, LAURA ANDARIAS MORALEDA Y ANA MARÍA FERNÁNDEZ MORENO 747
- 135 EL TRABAJO DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE ICTUS**
ESTELA CID SANCHEZ, MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO, ANDREA TOLEDANO GORDO, GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ Y MARTA DE BODAS DEL CERRO 751
- 136 FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN EL PUNTO FIJO HOSPITALARIO DE DONACIONES DE SANGRE**
ESTELA CID SANCHEZ, MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO, ANDREA TOLEDANO GORDO, GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ Y MARTA DE BODAS DEL CERRO 755
- 137 FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA**
ESTELA CID SANCHEZ, MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO, ANDREA TOLEDANO GORDO, GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ Y MARTA DE BODAS DEL CERRO 759

138 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACION EN EL MANEJO DE UNA VÍA AÉREA	
ANTONIO GALIANO JURADO, LAURA ANDARIAS MORALEDA, ANA MARÍA FERNÁNDEZ MORENO, CARMEN SANCHEZ MONTAÑES MARTIN POZUELO Y VANESA RODRÍGUEZ CETINA	763
139 ALCOHOLISMO EN EL EMBARAZO	
MARIA HORNA MARTINEZ	767
140 VISIÓN DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CRÍTICO CONSCIENTE EN RELACIÓN CON SU ESTABILIDAD EMOCIONAL	
CARMEN SANCHEZ QUINTANILLA, MARÍA JOSE GABALDON CUENCA Y JOSÉ FRANCISCO OVIEDO OVIEDO	773
141 LAS LABORES DE LA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL TRATAMIENTO DE UN ABSCESO PERIANAL	
JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA, MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ, LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE, BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS Y SARA POZO SANTIAGO	777
142 VALORACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA ENFERMERÍA CON EL PACIENTE QUE SUFRE DE APENDICITIS	
JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA, SARA POZO SANTIAGO, BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS, LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE Y MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ	783
143 EL TRABAJO DE LA ENFERMERÍA EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	
JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA, LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE, MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ, SARA POZO SANTIAGO Y BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS	787
144 EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL	
ANGELA CLAUDIA NICOLAIESCU	793

- 145 LAS DIETAS HOSPITALARIAS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARÍA LÓPEZ CABAÑERO, MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ,
NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE, TERESA ALFARO
GONZÁLEZ Y M JOSE BONILLA DELGADO 797
- 146 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CRÍTICOS RESPIRATORIOS**
MARÍA LÓPEZ CABAÑERO, MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ,
NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE, TERESA ALFARO
GONZÁLEZ Y M JOSE BONILLA DELGADO 801
- 147 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CRÍTICOS CORONARIOS**
MARÍA LÓPEZ CABAÑERO, MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ,
NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE, TERESA ALFARO
GONZÁLEZ Y M JOSE BONILLA DELGADO 805
- 148 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CUIDADOS PALIATIVOS**
MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ, SILVIA JOVER SABARIEGOS,
JENNIFER PEREZ HERRERA, ELENA GÓMEZ PALOMO Y ROCIO
ROJO MERCHANT 809
- 149 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS**
ISIDORA ROMÁN CASADO, CARMEN INMACULADA LOPEZ
DELICADO, ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ, ANA BELÉN
BERMUDEZ FERNANDEZ Y ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ 813
- 150 ATENCION PRIMARIA. EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
ISIDORA ROMÁN CASADO, CARMEN INMACULADA LOPEZ
DELICADO, ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ, ANA BELÉN
BERMUDEZ FERNANDEZ Y ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ 817

- 151 **TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA FARMACIA HOSPITALARIA**
ISIDORA ROMÁN CASADO, ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ, ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ, ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ Y CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO 821
- 152 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PARA UNA EXPOSICIÓN SOLAR SALUDABLE**
LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ, MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO, MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ, ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN Y MARTA GARCÍA SÁNCHEZ 825
- 153 **LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES (TCAE) EN LA PLANTA DE TOCOLOGÍA**
RAQUEL PORTAS RIOS 831
- 154 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA APLICACIÓN TERAPÉUTICA DEL CALOR O TERMOTERAPIA**
MARTA GARCÍA SÁNCHEZ, LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ, MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO, MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ Y ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN 835
- 155 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS FUNCIONES EN LOS CUIDADOS POSTMORTEM**
ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN, MARTA GARCÍA SÁNCHEZ, LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ, MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO Y MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ 841
- 156 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN EL PACIENTE ENCAMADO**
LOURDES MARÍA GARCÍA CECA, VANESSA LÓPEZ AGUILAR, ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS, MARÍA DEL PILAR GARCÍA CONSUEGRA FERNÁNDEZ DE MARCOS Y NOELIA VILLACRECES MUÑOZ 845

- 157 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
ANTE UN PACIENTE CON SONDA NASOGÁSTRICA**
LOURDES MARÍA GARCÍA CECA, VANESSA LÓPEZ AGUILAR, ANA
MARIA RUIZ BALLESTEROS, MARÍA DEL PILAR GARCÍA
CONSUEGRA FERNÁNDEZ DE MARCOS Y NOELIA VILLACRECES
MUÑOZ 849
- 158 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS DE PACIENTES TERMINALES**
LOURDES MARÍA GARCÍA CECA, VANESSA LÓPEZ AGUILAR, ANA
MARIA RUIZ BALLESTEROS, MARÍA DEL PILAR GARCÍA
CONSUEGRA FERNÁNDEZ DE MARCOS Y NOELIA VILLACRECES
MUÑOZ 853
- 159 PAPEL Y ACTUACIÓN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES
DE ENFERMERÍA EN LOS FACTORES DE RIESGO DE LAS ULCERAS
POR PRESIÓN**
ANA BELEN ALMANSA GONZALEZ Y SONIA DELFA MALDONADO 857
- 160 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
JAIME PONCE ALFARO, JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO,
RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA, MARIA CORTES MOLINA TORRALBA
Y FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO 861
- 161 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LAS CONTENCIÓNES MECÁNICAS**
RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA, JAIME PONCE ALFARO, JOSÉ
FRANCISCO REQUENA CANO, MARIA CORTES MOLINA TORRALBA
Y FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO 865
- 162 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
ANTE LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA EN EL ANCIANO
POR DUELO EN SUS DISTINTAS FASES**
FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO, JOSÉ FRANCISCO
REQUENA CANO, JAIME PONCE ALFARO, RAQUEL SÁNCHEZ
GARCIA Y MARIA CORTES MOLINA TORRALBA 869

163	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DEL APARATO URINARIO FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO, JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO, JAIME PONCE ALFARO, RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA Y MARIA CORTES MOLINA TORRALBA	875
164	BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL APOYO A LA MUJER LACTANTE NURIA CEPEDAL FERRER Y EMÉRITA ALLENDE ELVIRA	881
165	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO AZUCENA GOMEZ MIGUEL	885
166	ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN RAQUEL MARÍN PEÑA, ANGELES SANCHEZ MESEGUER, ANA CELIA MENDOZA ARCAS, CELIA LISON MARTINEZ Y PAMELA MARTÍNEZ CARPENA	889
167	ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA RAQUEL MARÍN PEÑA, ANGELES SANCHEZ MESEGUER, ANA CELIA MENDOZA ARCAS, CELIA LISON MARTINEZ Y PAMELA MARTÍNEZ CARPENA	893
168	CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ASEO DE PACIENTES CON SONDA VESICAL RAQUEL MARÍN PEÑA, ANGELES SANCHEZ MESEGUER, ANA CELIA MENDOZA ARCAS, CELIA LISON MARTINEZ Y PAMELA MARTÍNEZ CARPENA	899
169	CONSECUENCIAS DE LA TURNICIDAD EN LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL SORAIMA MARÍA HUERGO FERNÁNDEZ, PILAR LÓPEZ BRAÑA, ANGELA QUIROGA CASTELLANOS, DAVID SUÁREZ GONZÁLEZ Y NURIA SANTOS FERNÁNDEZ	903

- 170 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA**
MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ, LAURA GARCIA
NAVARRO, MARIA JOSÉ CRUZ BARATO, PAULA GARCÍA MARTÍNEZ
Y GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL 909
- 171 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD PEDIÁTRICA**
MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ, LAURA GARCIA
NAVARRO, PAULA GARCÍA MARTÍNEZ, MARIA JOSÉ CRUZ BARATO
Y GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL 913
- 172 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**
MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ, LAURA GARCIA
NAVARRO, PAULA GARCÍA MARTÍNEZ, MARIA JOSÉ CRUZ BARATO
Y GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL 917
- 173 MECÁNICA CORPORAL Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN, LORENA ROCIO CECA
TAMUREJO, CATALINA MORENO BRAVO, ASUNCION GONZALEZ
TORRES Y JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN 925
- 174 EL TÉCNICO/A EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS CAMAS HOSPITALARIAS**
SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN, LORENA ROCIO CECA
TAMUREJO, CATALINA MORENO BRAVO, ASUNCION GONZALEZ
TORRES Y JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN 929
- 175 FUNCIONES DEL TÉCNICO/A EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN, LORENA ROCIO CECA
TAMUREJO, CATALINA MORENO BRAVO, ASUNCION GONZALEZ
TORRES Y JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN 933

- 176 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A PACIENTES ENCAMADOS**
M^a NIEVES CUTANDA GARCIA, NOHELIA ESTHER FERRUFINO
ARRIAGA, FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ, MERCY DEL ROCIO
CHAVEZ ROMERO Y YOLANDA SANTAELLA DIAZ 939
- 177 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN**
ESTER MORENO MORA, MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE,
ANA BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA, ISABEL MATA ESCRIBANO Y
MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ 943
- 178 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE NEONATOS**
ANA BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA, ISABEL MATA ESCRIBANO,
MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ, ESTER MORENO MORA Y MARÍA
DEL PRADO MOLINA CLEMENTE 947
- 179 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA DURANTE LA TOMA DE TEMPERATURA DEL PACIENTE CON FEBRÍCULA. PROCEDIMIENTO DEL TCAE PARA LA TOMA DE LA TEMPERATURA**
GEMA ILLESCAS, ROSA CARO GARCÍA, MIRIAM PARIENTE
GONZÁLEZ Y CARMEN CÁRDENAS LARA 951
- 180 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DURANTE EL CUIDADO DEL PACIENTE PORTADOR DE DRENAJES**
GEMA ILLESCAS, ROSA CARO GARCÍA, MIRIAM PARIENTE
GONZÁLEZ Y CARMEN CÁRDENAS LARA 955
- 181 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA**
GEMA ILLESCAS, ROSA CARO GARCÍA, MIRIAM PARIENTE
GONZÁLEZ Y CARMEN CÁRDENAS LARA 959

- 182 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL ASEO A LOS PACIENTES ENCAMADOS**
SILVIA JOVER SABARIEGOS, MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ, JENNIFER PEREZ HERRERA, ELENA GÓMEZ PALOMO Y ROCIO ROJO MERCHAN 963
- 183 EL DOLOR CRÓNICO EN LOS ANCIANOS**
JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO, JAIME PONCE ALFARO, RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA, FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO Y MARIA CORTES MOLINA TORRALBA 967
- 184 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO**
NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA, Mª NIEVES CUTANDA GARCIA, FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ, MERCY DEL ROCIO CHAVEZ ROMERO Y YOLANDA SANTAELLA DIAZ 973
- 185 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS POST MORTEM**
MARIA CORTES MOLINA TORRALBA, JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO, JAIME PONCE ALFARO, RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA Y FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO 977
- 186 EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CONSULTA DE MONITORES DE PARTOS**
FELICIDAD MEZCUA LOPEZ, SILVIA ELENA ARCUS, CRISTINA CENCERRADO RUIZ, MIRIAM ABAD LÓPEZ Y LAURA ZARZA AVILA 981
- 187 EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PLANTA DE CIRUGÍA**
FELICIDAD MEZCUA LOPEZ, SILVIA ELENA ARCUS, CRISTINA CENCERRADO RUIZ, MIRIAM ABAD LÓPEZ Y LAURA ZARZA AVILA 985
- 188 EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PLANTA DE GINECOLOGÍA**
FELICIDAD MEZCUA LOPEZ, SILVIA ELENA ARCUS, CRISTINA CENCERRADO RUIZ, MIRIAM ABAD LÓPEZ Y LAURA ZARZA AVILA 989

- 189 LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SONDAJE DE PACIENTES**
ARMANDO MARTÍN AMBROSIO, MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ
MARÍN, CATALINA POVEDA RUBIO, MARIA JULIANA BURILLO
TOMAS Y CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ 993
- 190 CONTROL DE BOLSAS DE DIURESIS DE LOS PACIENTES POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ARMANDO MARTÍN AMBROSIO, MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ
MARÍN, CATALINA POVEDA RUBIO, MARIA JULIANA BURILLO
TOMAS Y CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ 997
- 191 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN EL QUIRÓFANO**
ARMANDO MARTÍN AMBROSIO, MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ
MARÍN, CATALINA POVEDA RUBIO, MARIA JULIANA BURILLO
TOMAS Y CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ 1001
- 192 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE ENCAMADO**
TAMARA BERTOL GÓMEZ, ESPERANZA GARCÍA-VAO MORAGA,
NURIA LOZANO ALGABA, MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO Y
DIEGO LÓPEZ PONCE 1005
- 193 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PAPEL ANTE UN PACIENTE CON ALZHEIMER**
TAMARA BERTOL GÓMEZ, ESPERANZA GARCÍA-VAO MORAGA,
NURIA LOZANO ALGABA, MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO Y
DIEGO LÓPEZ PONCE 1009
- 194 LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA**
TAMARA BERTOL GÓMEZ, ESPERANZA GARCÍA-VAO MORAGA,
NURIA LOZANO ALGABA, MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO Y
DIEGO LÓPEZ PONCE 1013

- 195 LA ACTUACION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS**
GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN, ESTHER MARIA CANO SANCHEZ
- CARNERERO, LUCIA PELAEZ NUÑEZ, LORENA CÉSPEDES SIERRA
Y SILVIA MARTÍN GARCÍA 1017
- 196 ACTUACION DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERIA EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA**
GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN, ESTHER MARIA CANO SANCHEZ
- CARNERERO, LUCIA PELAEZ NUÑEZ, LORENA CÉSPEDES SIERRA
Y SILVIA MARTÍN GARCÍA 1021
- 197 FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CUANTO LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DE UN PACIENTE HOSPITALIZADO**
GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN, ESTHER MARIA CANO SANCHEZ
- CARNERERO, LUCIA PELAEZ NUÑEZ, LORENA CÉSPEDES SIERRA
Y SILVIA MARTÍN GARCÍA 1025
- 198 EL TÉCNICO DE CUIDADO AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA HIGIENE DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LOS HOSPITALES**
ELENA ROPERO MUELA, DIANA FLORES FERNÁNDEZ, JACOBO ARIAS LIZCANO, MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES Y ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ 1029
- 199 COGER MUESTRAS DE ORINA A LOS PACIENTES POR EL PERSONAL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ELENA ROPERO MUELA, DIANA FLORES FERNÁNDEZ, JACOBO ARIAS LIZCANO, MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES Y ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ 1033
- 200 PACIENTES CON TRAUMATISMOS VARIOS Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ELENA ROPERO MUELA, DIANA FLORES FERNÁNDEZ, JACOBO ARIAS LIZCANO, MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES Y ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ 1037

201	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA LACTANCIA FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO, JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO, JAIME PONCE ALFARO, RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA Y MARIA CORTES MOLINA TORRALBA	1041
202	EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO, JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO, JAIME PONCE ALFARO, RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA Y MARIA CORTES MOLINA TORRALBA	1045
203	TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS MARIA ESTRELLA SANCHEZ CORROCHANO, ANA MARÍN MUNUERA, MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ, MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN Y MARTA GOMEZ ROJAS	1049
204	TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS MARIA ESTRELLA SANCHEZ CORROCHANO, ANA MARÍN MUNUERA, MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ, MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN Y MARTA GOMEZ ROJAS	1053
205	TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS NEONATALES MARIA ESTRELLA SANCHEZ CORROCHANO, ANA MARÍN MUNUERA, MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ, MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN Y MARTA GOMEZ ROJAS	1057
206	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RELACIÓN DE AYUDA DENTRO DEL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA REGINA CONDE GONZÁLEZ	1061

- 207 ACTIVIDADES BASICAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON USUARIOS DEPENDIENTES EN UN CENTRO DE DÍA**
ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ, BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ, LETICIA ALHAMBRA CORONADO, ADELAIDA SANCHEZ SORIANO Y ROCIO GUTIERREZ CARRASCO **1071**
- 208 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UNA INTOXICACIÓN ETÍLICA EN ADOLESCENTES**
ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ, BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ, LETICIA ALHAMBRA CORONADO, ADELAIDA SANCHEZ SORIANO Y ROCIO GUTIERREZ CARRASCO **1075**
- 209 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON LESIONES TÉRMICAS**
ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ, BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ, LETICIA ALHAMBRA CORONADO, ADELAIDA SANCHEZ SORIANO Y ROCIO GUTIERREZ CARRASCO **1079**
- 210 EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y SU FUNCIÓN EN EL SONDAJE URINARIO**
ISABEL MATA ESCRIBANO, MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ, ESTER MORENO MORA, MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE Y ANA BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA **1083**
- 211 CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SOBRE EL PACIENTE CON EL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ**
MARTA QUIRÓS CAÑAS, EVA MARIA ALARCON AVELLANO Y CATALINA ALMENDROS MESIAS **1087**
- 212 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL CUIDADO A NUESTROS MAYORES**
JENNIFER PEREZ HERRERA, MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ, SILVIA JOVER SABARIEGOS, ELENA GÓMEZ PALOMO Y ROCIO ROJO MERCHAN **1091**

213	FUNCION DE LA ECOGRAFÍA EN LA PATOLOGÍA DE LA VESÍCULA BILIAR OLIVA VILAR BOTO Y SUSANA GUIJARRO TEIMIL	1095
214	LA TÉCNICA DEL SONDAJE VESICAL: ¿QUÉ PAPEL TIENE EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA COLABORANDO CON EL DIPLOMADO DE ENFERMERÍA? SONIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ	1103
215	INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA MADRES Y PADRES EN LA TRANSICIÓN A LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OLIVA VILAR BOTO Y SUSANA GUIJARRO TEIMIL	1107
216	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS LESIONES OCASIONADAS POR PRESIÓN MANTENIDA BELEN TORRESANO MOTA, SARA RIVERO CARMONA, DIANA GARCÍA DE LOS REYES, VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ Y ISABEL CASTILLO PASCUAL	1113
217	HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO COMO TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA BELEN TORRESANO MOTA, SARA RIVERO CARMONA, DIANA GARCÍA DE LOS REYES, VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ Y ISABEL CASTILLO PASCUAL	1117
218	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE UN HOSPITAL BELEN TORRESANO MOTA, SARA RIVERO CARMONA, DIANA GARCÍA DE LOS REYES, VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ Y ISABEL CASTILLO PASCUAL	1121
219	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE UN HOSPITAL MARÍA ISABEL RUEDAS MOTA Y MIRIAM ORTIZ ORTIZ	1125
220	FORMACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN COMPLICACIONES DEL EMBARAZO CATALINA ALMENDROS MESIAS, EVA MARIA ALARCON AVELLANO Y MARTA QUIRÓS CAÑAS	1129

- 221 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA**
MERCY DEL ROCIO CHAVEZ ROMERO, M^a NIEVES CUTANDA GARCIA, NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA, FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ Y YOLANDA SANTAELLA DIAZ 1133
- 222 ACTUALIZACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITALIZACIÓN ANTE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA**
ANA MARÍA REOLID EGIDO, GEMA BOTELLA ANDÚJAR Y VERÓNICA MORENO ESCRIBANO 1137
- 223 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN CÓDIGO ICTUS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
ANA MARÍA REOLID EGIDO, GEMA BOTELLA ANDÚJAR Y VERÓNICA MORENO ESCRIBANO 1141
- 224 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA**
ANA MARÍA REOLID EGIDO, GEMA BOTELLA ANDÚJAR Y VERÓNICA MORENO ESCRIBANO 1145
- 225 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: MEDIDA DE CANTIDAD DE ORINA EXPULSADA O DIURESIS**
GEMA COELLO, ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ, JUDIT ESCUDERO RAMOS, YOLANDA ROMERO DIAZ Y MARIA ELENA DE LA TORRE OSSORIO 1149
- 226 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: ALIMENTACIÓN – NUTRICIÓN DE PACIENTES ADULTOS SIN AUTONOMÍA PARA ALIMENTARSE**
GEMA COELLO, ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ, JUDIT ESCUDERO RAMOS, YOLANDA ROMERO DIAZ Y MARIA ELENA DE LA TORRE OSSORIO 1153

- 227 TAREAS DEL ENFERMERO EN EL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) COVID**
CAROLINA CAMPOS PÉREZ, ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO,
MARTA MARÍN RUIZ, ALBA LÓPEZ-PELÁEZ Y CRISTINA DONAIRE
RIVERA 1159
- 228 LA ORGANIZACIÓN DEL QUIRÓFANO Y LAS FUNCIONES PROPIAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
CATALINA ALMENDROS MESIAS, MARTA QUIRÓS CAÑAS Y EVA
MARIA ALARCON AVELLANO 1163
- 229 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: INSTRUMENTAL SANITARIO. MATERIAL DE SUTURA. NORMAS GENERALES DE PREPARACIÓN**
GEMA COELLO, ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ, JUDIT
ESCUDEIRO RAMOS, YOLANDA ROMERO DIAZ Y MARIA ELENA DE
LA TORRE OSSORIO 1167
- 230 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON DIVERTICULITIS**
SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ, MARÍA MARTÍN-FORERO MORA,
GABRIELA-VALY BIRLEA, PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN Y LUIS
MIGUEL AZAÑA MORCUENDE 1171
- 231 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN**
SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ, MARÍA MARTÍN-FORERO MORA,
GABRIELA-VALY BIRLEA, PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN Y LUIS
MIGUEL AZAÑA MORCUENDE 1175
- 232 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON HEMORROIDES**
SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ, MARÍA MARTÍN-FORERO MORA,
GABRIELA-VALY BIRLEA, PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN Y LUIS
MIGUEL AZAÑA MORCUENDE 1179

- 233ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS POST MORTEM**
NATALIA LOPEZ GARCIA, MÓNICA ROSA MORENO LALIGA, ANA ISABEL NOTARIO MADRID, BELÉN SANCHEZ RUIZ Y NICOLE CHICO CORRAL 1185
- 234EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES**
ESTELA SUAREZ CAO 1189
- 235ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL INSTITUCIONALIZADO**
NATALIA LOPEZ GARCIA, MÓNICA ROSA MORENO LALIGA, ANA ISABEL NOTARIO MADRID, BELÉN SANCHEZ RUIZ Y NICOLE CHICO CORRAL 1193
- 236FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE HOSPITALIZADO CON ALZHEIMER**
NATALIA LOPEZ GARCIA, MÓNICA ROSA MORENO LALIGA, ANA ISABEL NOTARIO MADRID, BELÉN SANCHEZ RUIZ Y NICOLE CHICO CORRAL 1197
- 237TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE LOS PACIENTES CON INTOXICACIONES**
LAURA MARTÍNEZ CANTOS, MARÍA CONCEPCIÓN TENDERO AVILA, CARMEN RUIZ RUIZ, CRISTINA GARCÍA BLANCO Y MARIANGELES IBÁÑEZ GUERRERO 1201
- 238EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA TERAPIA POR ELECTROCHOQUE A LO PACIENTES**
LAURA MARTÍNEZ CANTOS, MARÍA CONCEPCIÓN TENDERO AVILA, CARMEN RUIZ RUIZ, CRISTINA GARCÍA BLANCO Y MARIANGELES IBÁÑEZ GUERRERO 1207

- 239EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE LA IRRITACIÓN POR PAÑALES EN BEBÉS**
LAURA MARTÍNEZ CANTOS, MARÍA CONCEPCIÓN TENDERO AVILA, CARMEN RUIZ RUIZ, CRISTINA GARCÍA BLANCO Y MARIANGELES IBÁÑEZ GUERRERO 1211
- 240PRINCIPALES FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.**
LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO, MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA, EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO Y REMEDIOS LOZANO TALAVERA 1217
- 241EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES DIABÉTICOS**
EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO, MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA, REMEDIOS LOZANO TALAVERA Y LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO 1221
- 242EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y EL INFARTO DE MIOCARDIO**
MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA, LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO, REMEDIOS LOZANO TALAVERA Y EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO 1225
- 243EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE FARMACIA. FUNCIONES DEL TCAE EN LAS DISTINTAS ÁREAS QUE CONFORMAN EL SERVICIO DE FARMACIA**
ANTONIA MARTÍNEZ CANO, LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE, VANESA ROMAN SEGURA Y M^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN 1231
- 244RECOMENDACIONES PARA TRATAR CON PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)**
EDUARDO FERNÁNDEZ GUERRA 1235
- 245EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN MEDICINA INTERNA Y MEDICINA GENERAL**
ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN, ESTRELLA TALENS GONZALEZ Y ANA M TORIJA BARRAGÁN 1239

- 246ÚLCERAS POR PRESIÓN, FACTORES DE RIESGO, MEDIDAS DE PREVENCIÓN (CAMBIOS POSTURALES), CLASIFICACIÓN DE LAS UPP, CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
NOELIA GUARDIOLA JIMENEZ Y MARIA EUGENIA GOMEZ AMADOR 1243
- 247EL RECIEN NACIDO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
NOELIA GUARDIOLA JIMENEZ Y MARIA EUGENIA GOMEZ AMADOR 1247
- 248EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE POR Sonda NASOGÁSTRICA
CORAL PARRA QUINTANILLA 1251
- 249RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE OFTALMOLOGÍA
LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA, TERESA SANCHEZ-DIEZMA, CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ, EUGENIA PARDO DE LA CUADRA Y LUCIA SANTOS ESCALONILLA 1255
- 250RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE UROLOGÍA
LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA, TERESA SANCHEZ-DIEZMA, CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ, EUGENIA PARDO DE LA CUADRA Y LUCIA SANTOS ESCALONILLA 1259
- 251RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA
LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA, TERESA SANCHEZ-DIEZMA, CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ, EUGENIA PARDO DE LA CUADRA Y LUCIA SANTOS ESCALONILLA 1263

- 252EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A LOS ENFERMOS INGRESADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS**
MARIA JOSEFA JAEN GARCIA, MARIA CORTES CARREÑO LOSA, MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ, LORENA GONZÁLEZ TERCERO Y LOURDES REDONDO SANTAMARÍA 1269
- 253EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU COMETIDO EN LA UCI PEDIÁTRICA**
MARIA JOSEFA JAEN GARCIA, MARIA CORTES CARREÑO LOSA, MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ, LORENA GONZÁLEZ TERCERO Y LOURDES REDONDO SANTAMARÍA 1273
- 254EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CANALIZACIÓN DE UNA VÍA ARTERIAL Y LOS CUIDADOS**
MARIA JOSEFA JAEN GARCIA, MARIA CORTES CARREÑO LOSA, MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ, LORENA GONZÁLEZ TERCERO Y LOURDES REDONDO SANTAMARÍA 1277
- 255EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU COMETIDO EN EL SERVICIO DE DIÁLISIS**
MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS 1281
- 256LOS APÓSITOS COMO TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.**
EDUARDO FERNÁNDEZ GUERRA 1285
- 257EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN. FUNCIONES DEL TCAE CON LOS FISIOTERAPEUTAS Y PACIENTES**
ANTONIA MARTÍNEZ CANO, LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE, VANESA ROMAN SEGURA Y M^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN 1289
- 258LA IMPORTANCIA DE LA ACTUALIZACIÓN SANITARIA PARA TÉCNICOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARINA PONS VIGON Y SUSANA LEGASPI NOVO 1293

- 259**RETOS ACTUALES Y FUTUROS EN LA PROFESIÓN DEL TÉCNICO
EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
ESTRELLA TALENS GONZALEZ, ANA M TORIJA BARRAGÁN Y ANA
ISABEL SORNICHERO ALARCÓN 1299
- 260**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA
ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS DE LIMPIEZA
CORAL PARRA QUINTANILLA 1303
- 261**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU
LABOR EN PACIENTES INTUBADOS
HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA, FRANCISCA BLAZQUEZ PLA,
INMACULADA INIESTA SANCHEZ, MARÍA JOSEFA MORCILLO
VALERA Y ROCIO MORENO CHINCHILLA 1307
- 262**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
ANTE EL PACIENTE TERMINAL Y LA IMPORTANCIA DE LOS
CUIDADOS PALIATIVOS
HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA, FRANCISCA BLAZQUEZ PLA,
INMACULADA INIESTA SANCHEZ, MARÍA JOSEFA MORCILLO
VALERA Y ROCIO MORENO CHINCHILLA 1311
- 263**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE
LAS MEDIDAS DE CONTENCIÓN MECANICAS EN EL ÁMBITO
SANITARIO
HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA, FRANCISCA BLAZQUEZ PLA,
INMACULADA INIESTA SANCHEZ, MARÍA JOSEFA MORCILLO
VALERA Y ROCIO MORENO CHINCHILLA 1315
- 264**CUIDADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES
DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR
OLGA NAVARRO CIFUENTES, MERCEDES TENDERO ALARCON,
TOMÁS GARCÍA TENDERO, NURIA CÁRCELEN PÉREZ Y JESSICA
ALCALÁ VILLAR DEL SAZ 1319

- 265 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PLANTA DE NEONATOS**
OLGA NAVARRO CIFUENTES, MERCEDES TENDERO ALARCON,
TOMÁS GARCÍA TENDERO, JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ Y
NURIA CÁRCELEN PÉREZ 1325
- 266 **EL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU ACTUACION EN CONSULTAS EXTERNAS DE UN HOSPITAL.**
ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA, MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ,
SONIA GALINDO LOPEZ, JANIS SÁNCHEZ CORRAL Y PATRICIA
GONZÁLEZ PLASENCIA 1329
- 267 **ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE CRONICO Y TERMINAL INGRESADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO**
MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ, SONIA GALINDO LOPEZ,
JANIS SÁNCHEZ CORRAL, PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA Y
ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA 1333
- 268 **EL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL SANITARIO**
SONIA GALINDO LOPEZ, MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ,
JANIS SÁNCHEZ CORRAL, PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA Y
ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA 1337
- 269 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PLANTA DE ONCOLOGÍA**
OLGA NAVARRO CIFUENTES, JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ,
NURIA CÁRCELEN PÉREZ, TOMÁS GARCÍA TENDERO Y MERCEDES
TENDERO ALARCON 1341

- 270 RECOGIDA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS Y TRANSPORTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL Y PEDIÁTRICA**
VERÓNICA PLAZA MORENO, HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ, MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS, MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO Y RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ 1345
- 271 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. APOYO PSICOLÓGICO A LA FAMILIA DEL NEONATO**
VERÓNICA PLAZA MORENO, HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ, MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO, MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS Y RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ 1351
- 272 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: DANDO DE COMER A UN PACIENTE CON DISFAGIA**
ANA MARIA CIRSTOCEA 1357
- 273 EL PROBLEMA DE SALUD DENOMINADO CÁNCER Y LA ASISTENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MEDIO HOSPITALARIO**
LILIAN SANDRA DE LA CRUZ GÁLVEZ 1361
- 274 COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA REALIZACIÓN DE UN ELECTROCARDIOGRAMA**
ROCÍO GÓMEZ CAMACHO, PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE, CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ, YOANA MUÑOZ CÓRDOBA Y MARÍA JOSÉ PASAMONTES MARTÍN 1365
- 275 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS POSTMORTEN**
ROCÍO GÓMEZ CAMACHO, PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE, CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ, YOANA MUÑOZ CÓRDOBA Y MARÍA JOSÉ PASAMONTES MARTÍN 1369

- 276 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIO EN LA EDAD ADOLESCENTE Y
EN LA NIÑEZ**
ROCÍO GÓMEZ CAMACHO, PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE,
CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ, YOANA MUÑOZ CÓRDOBA Y MARÍA
JOSÉ PASAMONTES MARTÍN 1375
- 277 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA
DE UN CENTRO SANITARIO**
MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS, MARÍA DEL PRADO
CONCEPCION CALVO RAMIREZ, MARIA CONCEPCION OLIVAS
SIMARRO, EVELIA CUÉLLAR MERINO Y MANUELA RAMOS PAREJO 1381
- 278 **CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES QUE HAN SIDO TRATADOS
CON OXIGENOTERAPIA**
MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS, MARÍA DEL PRADO
CONCEPCION CALVO RAMIREZ, MARIA CONCEPCION OLIVAS
SIMARRO, EVELIA CUÉLLAR MERINO Y MANUELA RAMOS PAREJO 1385
- 279 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
Y SU ACTUACIÓN ANTE UN RECIÉN NACIDO PREMATURO**
MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS, MARÍA DEL PRADO
CONCEPCION CALVO RAMIREZ, MARIA CONCEPCION OLIVAS
SIMARRO, EVELIA CUÉLLAR MERINO Y MANUELA RAMOS PAREJO 1389
- 280 **LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA MEDICIÓN DE LA DIURESIS**
LAURA MARTINEZ BENEITEZ 1393
- 281 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE)
EN LA ALIMENTACIÓN DE PACIENTES CON DISFAGIA**
NURIA SÁNCHEZ MARTÍNEZ Y CRISTINA ARANA OSMÁ 1397

- 282EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PEDIATRÍA Y SUS FUNCIONES**
DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS, JUANA JAVIERA CANO ROMERO, MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA, ESPERANZA REQUENA ARENAS Y MARÍA RAFAELA CALERO 1401
- 283TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS CONSULTAS EXTERNAS**
NURIA SÁNCHEZ MARTÍNEZ Y CRISTINA ARANA OSMA 1405
- 284EL TÉCNICO CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA**
DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS, JUANA JAVIERA CANO ROMERO, MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA, ESPERANZA REQUENA ARENAS Y MARÍA RAFAELA CALERO 1409
- 285EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN**
DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS, JUANA JAVIERA CANO ROMERO, MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA, ESPERANZA REQUENA ARENAS Y MARÍA RAFAELA CALERO 1413
- 286EL PAPEL DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS**
LOURDES FERRERA CAMACHO, JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN, CARMEN CID PARRO, NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA Y IRENE RAMIREZ MARTIN 1417
- 287LAS FUNCIONES DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA**
LOURDES FERRERA CAMACHO, JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN, CARMEN CID PARRO, NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA Y IRENE RAMIREZ MARTIN 1421
- 288LOS CONOCIMIENTOS DE LOS/AS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS**
LOURDES FERRERA CAMACHO, JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN, CARMEN CID PARRO, NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA Y IRENE RAMIREZ MARTIN 1425

- 289EL PACIENTE AL QUE SE LE REALIZA UNA BRONCOSCOPIA Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ARÁNZAZU FERNÁNDEZ CHUECO, KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ,
ELENA ROJAS RODRÍGUEZ, FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ
PASCUAL Y JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ 1429
- 290EL PACIENTE CON NEUMONÍA Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ARÁNZAZU FERNÁNDEZ CHUECO, KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ,
ELENA ROJAS RODRÍGUEZ, FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ
PASCUAL Y JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ 1433
- 291EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS MULTIDISCIPLINARES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
BEATRIZ ROJO MAYO, DAVID ARROYO ORTEGA, JOSE SOTO GARCIA, NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ Y SANDRA MARTÍN ESTREMER 1437
- 292EL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN ANCIANOS Y LAS LABORES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
BEATRIZ ROJO MAYO, SANDRA MARTÍN ESTREMER, NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ, JOSE SOTO GARCIA Y DAVID ARROYO ORTEGA 1443
- 293EL ÁREA DE URGENCIAS Y EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**
BEATRIZ ROJO MAYO, JOSE SOTO GARCIA, DAVID ARROYO ORTEGA, SANDRA MARTÍN ESTREMER Y NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ 1449
- 294EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN HEMODIÁLISIS**
ANA MARÍA MERINO SALVANES, MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO, SHATNER ELVIS SOTO SOLIS, M° GEMA REBOLLO LOPESINO Y LAURA PARREÑO LOPEZ 1455

- 295EL ÁREA DE CUIDADOS EN PACIENTES DE GRANDES QUEMADOS Y EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ANA MARÍA MERINO SALVANES, LAURA PARREÑO LOPEZ, M°
GEMA REBOLLO LOPESINO, SHATNER ELVIS SOTO SOLIS Y MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO 1461
- 296EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO EN LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS**
ANA MARÍA MERINO SALVANES, SHATNER ELVIS SOTO SOLIS,
MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO, LAURA PARREÑO LOPEZ Y M°
GEMA REBOLLO LOPESINO 1467
- 297LA SALUD MENTAL EN LA ERA DIGITAL**
LUCIA GONZALEZ FERNANDEZ 1473
- 298EL TRASTORNO MENTAL OBSESIVO COMPULSIVO Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA.**
AMOR FERNÁNDEZ FANJUL 1477
- 299EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU IMPORTANCIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA**
ANA M TORIJA BARRAGÁN, ESTRELLA TALENS GONZALEZ Y ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN 1481
- 300EL SIDA EN EL SER HUMANO**
ISIDRO ROBLES BLANCO 1485
- 301PROCEDIMIENTO DEL LAVADO DE MANOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS**
VERÓNICA PLAZA MORENO, HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ, MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO, MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS Y RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ 1489

- 302MÁS ALLÁ DEL TERMÓMETRO: EL IMPACTO EMOCIONAL DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL BIENESTAR DEL PACIENTE**
MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO, SORAYA ESPEJO RUBIO,
MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO, IRENE VILLAESCUSA ALFARO Y
ELENA ELISABETA VLASE 1493
- 303EL PAPEL SILENCIOSO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): PREVENCIÓN DE INFECCIONES Y CONTAGIOS EN EL ENTORNO SANITARIO**
MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO, SORAYA ESPEJO RUBIO,
MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO, IRENE VILLAESCUSA ALFARO Y
ELENA ELISABETA VLASE 1499
- 304LA REVOLUCIÓN TECNOLÓGICA EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA: HERRAMIENTAS Y TENDENCIAS FUTURAS EN CUIDADOS AUXILIARES.**
MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO, SORAYA ESPEJO RUBIO,
MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO, IRENE VILLAESCUSA ALFARO Y
ELENA ELISABETA VLASE 1505
- 305BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO TERAPÉUTICO EN LA ENFERMEDAD DE HUNTINGON. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**
SANDRA DONDARZA MARTIN, NADIA AGUILAR SOTOS, ANDREA
CHOCANO LEAL, ADRIÁN AGUILERA ACEDO Y MONTSERRAT
MARTÍNEZ GARCÍA 1511
- 306ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA DEL SUELO PELVICO EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**
SANDRA DONDARZA MARTIN, NADIA AGUILAR SOTOS, ANDREA
CHOCANO LEAL, ADRIÁN AGUILERA ACEDO Y MONTSERRAT
MARTÍNEZ GARCÍA 1517
- 307PAPEL DEL FISIOTERAPIA EN RELACIÓN AL CODO DE TENISTA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
ELENA MOLINA BODAS, MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ, NEREA SORIA
SANZ, JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO Y LUIS CARLOS MORENO
SAIZ 1523

- 308 PAPEL DEL FISIOTERAPIA EN RELACIÓN A LA OSTEOPATÍA
DINÁMICA DE PUBIS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ, ELENA MOLINA BODAS, NEREA SORIA
SANZ, JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO Y LUIS CARLOS MORENO
SAIZ 1527
- 309 INTERVENCIÓN DEL FISIOTERAPEUTA EN CUANTO AL PORTEO
ERGONÓMICO EN EL POSTPARTO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
NEREA SORIA SANZ, ELENA MOLINA BODAS, MIGUEL TRUJILLO
LÓPEZ, JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO Y LUIS CARLOS MORENO
SAIZ 1531
- 310 EFECTOS DE UN PROGRAMA DE PILATES EN EL TRATAMIENTO
DE LA LUMBALGIA. REVISIÓN SISTEMÁTICA**
ANDREA CHOCANO LEAL, ADRIÁN AGUILERA ACEDO,
MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA, SANDRA DONDARZA MARTIN
Y NADIA AGUILAR SOTOS 1535
- 311 LA IMPORTANCIA DE LOS EJERCICIOS DEL SUELO PÉLVICO EN
FISIOTERAPIA**
MATILDE PÉREZ CÓRDOBA 1539
- 312 ELECTROTERAPIA APLICADA POR EL FISIOTERAPEUTA**
JESUS GARCÍA MORENO, CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ,
JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ Y SILVIA
VILLAR GOMEZ 1543
- 313 EL FISIOTERAPEUTA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE**
JESUS GARCÍA MORENO, CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ,
JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ Y SILVIA
VILLAR GOMEZ 1549
- 314 EL FISIOTERAPEUTA ANTE UNA FRACTURA DE FÉMUR**
JESUS GARCÍA MORENO, CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ,
JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ Y SILVIA
VILLAR GOMEZ 1553

- 315 EFECTOS DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN EL AGUA EN
PACIENTES CON FIBROMIALGIA**
ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS, DIEGO MEDINA
CRESPO Y JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ 1557
- 316 EL CELADOR ANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE
APENDICITIS**
ANTONIO HERVÁS GARCÍA, MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA,
FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO, JUAN CARLOS PÉREZ
SELVA Y JUSTO CANALES BARTOLOME 1561
- 317 ABORDAJE DEL DOLOR LUMBAR CRÓNICO DESDE LA
FISIOTERAPIA, LA OSTEOPATÍA Y LA COMBINACIÓN DE AMBOS
TRATAMIENTOS**
COVADONGA SÁNCHEZ LÓPEZ 1565
- 318 ACTUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA EN PATOLOGÍA LINFÁTICA**
DIEGO MEDINA CRESPO, ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO
PORTUGUÉS Y JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS
FERNÁNDEZ 1571
- 319 EFECTIVIDAD DE APLICAR FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN
PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA**
ANA MARÍA MARTÍN TALAVERA Y MIRIAN MORATO LÓPEZ 1579
- 320 IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN FISIOTERAPEÚTICA EN
BEBÉS CON ANQUILOGLOSIA**
JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ, DIEGO
MEDINA CRESPO Y ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS 1585
- 321 EFECTOS DE LA APLICACIÓN DE FISIOTERAPIA CON EJERCICIO
TERAPÉUTICO EN EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA.**
ANA MARÍA MARTÍN TALAVERA Y MIRIAN MORATO LÓPEZ 1591

- 322 CASO CLÍNICO DE FISIOTERAPIA: PACIENTE CON
DISFUNCIONES ARTICULARES Y NEURODINÁMICA EN MIEMBRO
INFERIOR IZQUIERDO**
JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES, SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ,
LAURA RODRIGUEZ LOZANO, GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ Y
RAFAEL BAEZA MONSALVE 1595
- 323 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL PAPEL DEL
FISIOTERAPEUTA EN LOS CENTROS EDUCATIVOS ORDINARIOS**
JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES, SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ,
LAURA RODRIGUEZ LOZANO, GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ Y
RAFAEL BAEZA MONSALVE 1599
- 324 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS EFECTOS DE LA TERAPIA
DE TRACCIÓN MECÁNICA REALIZADA POR FISIOTERAPEUTAS
EN PACIENTES CON HERNIA DE DISCO LUMBAR**
JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES, SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ,
LAURA RODRIGUEZ LOZANO, GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ Y
RAFAEL BAEZA MONSALVE 1603
- 325 COMPARACIÓN ENTRE PROGRAMAS DE EJERCICIO COMO
TRATAMIENTO DE LA TENDINOPATÍA DE MANGUITO
ROTADOR. REVISIÓN DEL FISIOTERAPEUTA**
SONIA GARCÍA GARCÍA, CRISTINA HERRERO MARTÍN, LAURA
ROMO DE LA LLAVE, PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA Y
MARÍA FRANCISCA MANSILLA REBOTO 1609
- 326 EVALUACIÓN DE LA MARCHA Y EL EQUILIBRIO EN PACIENTES
SOMETIDOS A FISIOTERAPIA TRAS LA INTERVENCIÓN
QUIRÚRGICA DEL TENDÓN DE AQUILES**
SONIA GARCÍA GARCÍA, LAURA ROMO DE LA LLAVE, MARÍA
FRANCISCA MANSILLA REBOTO, PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE
VEGA Y CRISTINA HERRERO MARTÍN 1615
- 327 BENEFICIOS DE QUE LAS PERSONAS MAYORES REALICEN
PILATES, REVISIÓN FISIOTERAPÉUTICA**
SONIA GARCÍA GARCÍA, MARÍA FRANCISCA MANSILLA REBOTO,
LAURA ROMO DE LA LLAVE, CRISTINA HERRERO MARTÍN Y
PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA 1619

- 328 TRATAMIENTO DEL CÓLICO DEL LACTANTE. ABORDAJE DESDE LA FISIOTERAPIA**
MARÍA VILLALBA PUENTE, REMEDIOS GRANERO CAMPILLO,
LIDIA CALONGE TIREZ, DANIEL MORALES MORENO Y ALTEA
VELASCO BARROSO 1623
- 329 BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES CON ALZHEIMER**
MARÍA VILLALBA PUENTE, REMEDIOS GRANERO CAMPILLO,
LIDIA CALONGE TIREZ, DANIEL MORALES MORENO Y ALTEA
VELASCO BARROSO 1631
- 330 HIDROTERAPIA COMO ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON ICTUS**
MARÍA VILLALBA PUENTE, REMEDIOS GRANERO CAMPILLO,
LIDIA CALONGE TIREZ, DANIEL MORALES MORENO Y ALTEA
VELASCO BARROSO 1639
- 331 ABORDAJE DEL DOLOR LUMBAR INESPECÍFICO MEDIANTE EL USO DE VENDAJE NEUROMUSCULAR**
MIRIAN MORATO LÓPEZ, MARIO GARCÍA MARTÍN, JORGE
MARTÍN DÍAZ-GUERRA, SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA Y ANA
MARÍA MARTÍN TALAVERA 1645
- 332 EFICACIA DE LA PUNCIÓN SECA APLICADA EN FISIOTERAPIA EN LOS PUNTOS GATILLO MIOFASIALES DEL CUELLO**
RAFAEL GUZMÁN ASOLAS Y JOAQUÍN CASAS CARRASCO 1649
- 333 EJERCICIO AERÓBICO EN PACIENTE CON MIGRAÑA**
SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA, MIRIAN MORATO LÓPEZ, JORGE
MARTÍN DÍAZ-GUERRA Y MARIO GARCÍA MARTÍN 1653
- 334 ¿ES EFICAZ LA MAGNETOTERAPIA APLICADA EN FISIOTERAPIA PARA LA ARTROSIS?**
RAFAEL GUZMÁN ASOLAS Y JOAQUÍN CASAS CARRASCO 1657
- 335 ¿ES EFICAZ LA MOVILIZACIÓN ESCAPULAR COMO TÉCNICA DE FISIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA CAPSULITIS ADHESIVA RETRÁCTIL DEL HOMBRO?**
RAFAEL GUZMÁN ASOLAS Y JOAQUÍN CASAS CARRASCO 1661

336	EFICACIA DE LA PUNCIÓN SECA EN EL DOLOR DE CUELLO MARIO GARCÍA MARTÍN, JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA, SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA Y MIRIAN MORATO LÓPEZ	1665
337	FISIOTERAPIA EN EL PARTO DE LA MUJER . EL PERSONAL DE FISIOTERAPEUTA LAURA LOPEZ SANCHEZ Y SERGIO GARCÍA PANIAGUA	1669
338	FISIOTERAPIA EN EN MENISCOPATÍA. EL PERSONAL FISIOTERAPEUTA JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO Y SERGIO GARCÍA PANIAGUA	1673
339	FISIOTERAPIA EN UN LINFEDEMA QUE HA SIDO CAUSADO POR MASTECTOMÍA SERGIO GARCÍA PANIAGUA	1677
340	EL AUTOCLAVE COMO MEDIO DE ESTERILIZACIÓN POR PARTE DE LA HIGIENISTA DELTAL EN LA CONSULTA SARA SÁNCHEZ LOMBARDIA	1681
341	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES Y CIRUJANOS DENTISTAS SOBRE PRESCRIPCIÓN POST OPERATORIA DE ANTIBIÓTICOS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DANIEL ANDRÉ RIVERA AQUIJE	1685
342	NIVELES DE CONOCIMIENTO EN PADRES DE FAMILIA SOBRE SALUD BUCAL EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DANIEL ANDRÉ RIVERA AQUIJE	1689
343	RECOMENDACIONES DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA DE IMPLANTES POR PARTE DEL ODONTÓLOGO Mª TERESA ALONSO CARBAJAL	1693
344	PAPEL DEL ODONTÓLOGO DENTRO DE LA CONSULTA DENTAL DE ATENCIÓN PRIMARIA Mª TERESA ALONSO CARBAJAL	1697
345	EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO JESSICA CRESPO GARCÍA	1701

346	ESTUDIO DE LA MALOCCLUSIÓN PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DANIEL GARCÍA GARCÍA	1707
347	DIFERENCIAS ENTRE FLUOROSCOPIA DIGITAL Y ANALÓGICA REYES JAVIER HERNÁN GARCÍA	1715
348	MEDIOS DE CONTRASTE REYES JAVIER HERNÁN GARCÍA	1721
349	TINCIONES EMPLEADAS EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA MOISÉS GAMO PASTOR	1729
350	EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA GESTIÓN DE RESIDUOS EN EL LABORATORIO JESSICA CRESPO GARCÍA	1735
351	FUNCIONES DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNOSTICO EN LA REALIZACIÓN DE FLUOROSCOPIA CON ESCANEEO SARA LÓPEZ LÓPEZ, EULALIA JARABO GARCÍA, MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ, MANUEL INOCENCIO MORALES Y LAURA GARCIA NAVARRO	1741
352	TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNOSTICO Y LOS PACIENTES QUE PADECEN EL SÍNDROME DEL HOMBRO CONGELADO SARA LÓPEZ LÓPEZ, MANUEL INOCENCIO MORALES, EULALIA JARABO GARCÍA, LAURA GARCIA NAVARRO Y MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ	1745
353	TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO Y LA ACTUACIÓN CON EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN LA SALA DE RADIOLOGÍA SARA LÓPEZ LÓPEZ, MANUEL INOCENCIO MORALES, LAURA GARCIA NAVARRO, MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ Y EULALIA JARABO GARCÍA	1749

354 PLANIFICACIÓN DE UN ESTUDIO DE RADIOLOGÍA SIMPLE ALBA GARCÍA PÉREZ	1753
355 EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN ALTERACIONES ERITROCITARIAS Y SU ESTUDIO EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA, ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA, MANUELA GARCÍA ARIAS, BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE Y MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN	1757
356 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL ESTUDIO DEL SISTEMA MAYOR DE HISTOCOMPATIBILIDAD MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA, ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA, MANUELA GARCÍA ARIAS, BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE Y MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN	1763
357 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA EXPOSICIÓN A FLUIDOS CORPORALES MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA, ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA, MANUELA GARCÍA ARIAS, BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE Y MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN	1767
358 RECOLECCIÓN DE ORINA EN 24 HORAS MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO, LUCÍA VALENCIA GARCÍA, ESTRELLA JARA LAVADO, BEATRIZ MORENO LIZCANO Y ANA MARÍA SOLÍS	1771
359 PROTEÍNAS EN ORINAS MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO, LUCÍA VALENCIA GARCÍA, ESTRELLA JARA LAVADO, BEATRIZ MORENO LIZCANO Y ANA MARÍA SOLÍS	1775
360 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA EN EL SERVICIO DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA RAQUEL MADRID MARTINEZ, NURIA ARAQUE GUERRERO Y GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA	1781

- 361 DIFERENTES INMOVILIZADORES CON LOS QUE TRABAJA EL
TECNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA
RAQUEL MADRID MARTINEZ, NURIA ARAQUE GUERRERO Y
GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA 1785
- 362 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA
FRENTE AL SARCOMA DE KAPOSÍ
RAQUEL MADRID MARTINEZ, NURIA ARAQUE GUERRERO Y
GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA 1789
- 363 INFORMACIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN RADIOLÓGICA DEL
CÁNCER DE COLÓN
ANA GARCÍA MARÍN, ELVIRA ZAMORANO BARROSO, MARIBEL
CRELGO HERRERO, MARÍA SABINO AMADO Y ROCÍO LÓPEZ JESÚS 1795
- 364 PRUEBAS DE LABORATORIO PARA LA DETECCIÓN DE LA
BACTERIA DEL HELICOBACTER PYLORI
PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ Y MÓNICA CAYETANO GONZÁLEZ 1799
- 365 EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL ANÁLISIS DEL SEDIMENTO
URINARIO
MÓNICA CAYETANO GONZÁLEZ Y PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ 1803
- 366 RADIOGRAFÍAS DE TORAX EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS. PAPEL DEL TÉCNICO DE RAYOS
LUCIA FERNANDEZ TERRON 1809
- 367 RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN EL DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA.
PAPEL DEL TÉCNICO DE RAYOS
LUCIA FERNANDEZ TERRON 1813
- 368 PROYECCIÓN RADIOLÓGICA PARA VALORACIÓN DEL ESGUINCE
DE TOBILLO. PAPEL DEL TÉCNICO DE RAYOS X
LUCIA FERNANDEZ TERRON 1817
- 369 TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍA
INTERPROXIMAL O ALETA DE MORDIDA
MARTA PIRE SOLAUN, SARA LAZARO LOPEZ, PAULA BURGALETA
VÁZQUEZ, LAURA LÓPEZ ESCRIBANO Y PAULA CEA MARTINEZ 1821

- 370 EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA RADIOGRAFÍA OCLUSAL**
MARTA PIRE SOLAUN, SARA LAZARO LOPEZ, PAULA BURGALETA
VÁZQUEZ, LAURA LÓPEZ ESCRIBANO Y PAULA CEA MARTINEZ 1825
- 371 CORTISOL EN SANGRE**
MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO, LUCÍA VALENCIA GARCÍA,
ESTRELLA JARA LAVADO, BEATRIZ MORENO LIZCANO Y ANA
MARÍA SOLÍS 1829
- 372 DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DE PATOLOGÍA ABDOMINAL**
ELVIRA ZAMORANO BARROSO, ANA GARCÍA MARÍN, MARIBEL
CRELGO HERRERO, MARÍA SABINO AMADO Y ROCÍO LÓPEZ JESÚS 1833
- 373 TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS**
LUCÍA VALENCIA GARCÍA, MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO,
ESTRELLA JARA LAVADO, BEATRIZ MORENO LIZCANO Y ANA
MARÍA SOLÍS 1837
- 374 PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DEL PACIENTE POR EL TÉCNICO
DE RAYOS**
LAURA GARCÍA OLANO, CORAL ROMERAL VERA, PATRICIA
CELAYA ORFILA, LAURA VIVANCOS RODADO Y SALVADOR ANSON
RODRÍGUEZ 1841
- 375 PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DEL MENOR POR EL TÉCNICO DE
RAYOS**
LAURA GARCÍA OLANO, CORAL ROMERAL VERA, PATRICIA
CELAYA ORFILA, LAURA VIVANCOS RODADO Y SALVADOR ANSON
RODRÍGUEZ 1845
- 376 PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DE LA EMBARAZADA POR PARTE
DEL TÉCNICO DE RAYOS**
LAURA GARCÍA OLANO, CORAL ROMERAL VERA, PATRICIA
CELAYA ORFILA, LAURA VIVANCOS RODADO Y SALVADOR ANSON
RODRÍGUEZ 1849
- 377 ANATOMÍA PATOLÓGICA Y LA FIJACIÓN TISULAR**
SARA VIOLERO CAÑAS, NATALIA VALERO ALONSO, INMACULADA
DURÁN SÁNCHEZ, DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ Y MARIA
TERESA GIL CASTILLEJO 1853

- 378 LAS FUNCIONES A REALIZAR POR PARTE DE ANATOMÍA
PATOLÓGICA**
SARA VIOLERO CAÑAS, NATALIA VALERO ALONSO, INMACULADA
DURÁN SÁNCHEZ, DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ Y MARIA
TERESA GIL CASTILLEJO 1857
- 379 ANATOMÍA PATOLÓGICA Y SUS FUNCIONES EN LAS NECROPSIAS**
SARA VIOLERO CAÑAS, NATALIA VALERO ALONSO, INMACULADA
DURÁN SÁNCHEZ, DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ Y MARIA
TERESA GIL CASTILLEJO 1861
- 380 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO ANTE
EQUIPOS COMPACTOS Y PORTÁTILES**
MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO, MARTA HERNANDEZ
PARDO, REBECA TORRES DOMINGUEZ, LORENA ROCIO CECA
TAMUREJO Y CARLOS BENITA COTILLAS 1865
- 381 ESTUDIOS POR IMAGEN DE HOMBRO DOLOROSO: PAPEL DEL
TÉCNICO DE RAYOS**
LUCIA FERNANDEZ TERRON 1869
- 382 ESTUDIO PARA DIAGNÓSTICO DE ESGUINCE DE MUÑECA:
PAPEL DEL TÉCNICO DE RAYOS**
LUCIA FERNANDEZ TERRON 1873
- 383 EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO EN LA
PROYECCIÓN CONVENCIONAL DE ABDOMEN**
LORENA ROCIO CECA TAMUREJO, MARIA CATALINA MEGIAS
CASTILLO, CARLOS BENITA COTILLAS, REBECA TORRES
DOMINGUEZ Y MARTA HERNANDEZ PARDO 1877
- 384 ENFERMEDAD PROFESIONAL VS. ACCIDENTE LABORAL**
EVA MARIA MARTINEZ ESTEBANEZ 1881
- 385 LOS CONTRASTES EN RESONANCIA MAGNÉTICA**
DIHIA MAMMERI PÉREZ 1889

- 386 FUNIONES DEL TRABAJO SOCIAL EN TODOS LOS SERVICIOS DE SALUD**
GLORIA PANIAGUA LEAL, SANDRA CARRASCO OJEDA, MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA, MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA Y ANA PARRAS VACAS 1893
- 387 EL TRABAJO SOCIAL Y SU FUNCION EN PACIENTES QUE CONSUMEN DROGAS**
GLORIA PANIAGUA LEAL, MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA, SANDRA CARRASCO OJEDA, MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA Y ANA PARRAS VACAS 1897
- 388 COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE EL PACIENTE Y EL TRABAJO SOCIAL**
GLORIA PANIAGUA LEAL, MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA, SANDRA CARRASCO OJEDA, MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA Y ANA PARRAS VACAS 1901
- 389 CONFIANZA DEL ENFERMO EN EL LABORATORIO CLÍNICO: DIAGNÓSTICO DE FEOCROMOCITOMA**
FATIMA ZOHRA ABDESELAM CHAIRI, SUAD KABOR MOHAMED Y FATIMA SOHORA LAACHIRI MOHAMED 1905
- 390 ACTUACIÓN DEL LABORATORIO ANTE LA OBTENCIÓN DE VALORES CRÍTICOS**
ANA MARÍA SOLÍS, MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO, LUCÍA VALENCIA GARCÍA, ESTRELLA JARA LAVADO Y BEATRIZ MORENO LIZCANO 1909
- 391 IMPORTANCIA DEL IONOGRAMA EN LA ANALÍTICA: SODIO,POTASIO,COLORO**
ANA MARÍA SOLÍS, MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO, LUCÍA VALENCIA GARCÍA, ESTRELLA JARA LAVADO Y BEATRIZ MORENO LIZCANO 1915
- 392 PROTECCIÓN DE LAS TRABAJADORAS EMBARAZADAS EXPUESTAS A RADIACIONES IONIZANTES EN EL ÁMBITO SANITARIO**
ALBA GARCÍA PÉREZ 1921

- 393 PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN
RADIODIAGNÓSTICO CON AYUDA DE LA INTELIGENCIA
ARTIFICIAL**
ROCÍO LÓPEZ JESÚS, MARÍA SABINO AMADO, MARIBEL CRELGO
HERRERO, ANA GARCÍA MARÍN Y ELVIRA ZAMORANO BARROSO 1925
- 394 TÉCNICOS DE HIGIENE BUCODENTAL Y LOS PROTOCOLOS DE
HIGIENE EN LAS CLÍNICAS DENTALES**
MARÍA DEL CORAL LOZANO GUIJARRO, MIRIAM BERMEJO PEÑA,
LUCIA PULPON AYUSO MORALES Y LAURA PLAZA BASCUÑANA 1929
- 395 PROTOCOLO DE VALORACIÓN ECOGRÁFICA EN LESIONES DEL
MANGUITO DE ROTADORES Y EL TENDÓN LARGO DEL BICEPS
POR TÉCNICOS SUPERIORES EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO**
JACOBO DIAZ ALONSO, ANA CARLOS ÁLVAREZ, JULIA GARRIDO
RAMOS, ANDREA SANZ QUERENCIAS Y ALVARO CAÑADA
SANCHEZ 1933
- 396 RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL DISEÑADA PARA EL
DIAGNÓSTICO O SEGUIMIENTO EN TUMORES MALIGNOS TIPO
GLIOMA O GLIOBLASTOMA PARA TÉCNICOS SUPERIORES EN
IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO**
ANDREA SANZ QUERENCIAS, JACOBO DIAZ ALONSO, ANA
CARLOS ÁLVAREZ, JULIA GARRIDO RAMOS Y ALVARO CAÑADA
SANCHEZ 1939
- 397 EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL
DIAGNÓSTICO EN LA RESONANCIA DE PRÓSTATA**
LETICIA CERDEÑO DE PAZ, LORENA MORÓN ROJAS, JORGE
VALERO MARTÍN, CRISTINA POLONIO Y MIGUEL DAMAS CRUZ 1945
- 398 DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MEDIANTE
TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA: EL PAPEL DEL TÉCNICO
SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO CLÍNICO**
LORENA MORÓN ROJAS, LETICIA CERDEÑO DE PAZ, JORGE
VALERO MARTÍN, CRISTINA POLONIO Y MIGUEL DAMAS CRUZ 1951

- 399 TELERRADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL, EL PAPEL DEL
TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO**
JORGE VALERO MARTÍN, LETICIA CERDEÑO DE PAZ, LORENA
MORÓN ROJAS, MIGUEL DAMAS CRUZ Y CRISTINA POLONIO 1957
- 400 LA SANGRE Y SUS COMPONENTES**
MERCEDES FUENTES MARTINEZ 1961
- 401 EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO EN ESTUDIOS
MAMOGRAFICOS**
CARLOS BENITA COTILLAS, MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO,
LORENA ROCIO CECA TAMUREJO, REBECA TORRES DOMINGUEZ Y
MARTA HERNANDEZ PARDO 1967
- 402 ACTUALIZACIÓN SOBRE MATERIAL BÁSICO UTILIZADO POR
HIGIENISTAS EN HIGIENE BUCODENTAL**
MIRIAM BERMEJO PEÑA, MARÍA DEL CORAL LOZANO GUIJARRO,
LUCIA PULPON AYUSO MORALES Y LAURA PLAZA BASCUÑANA 1971
- 403 LA COLUMNA VERTEBRAL Y EL DIAGNÓSTICO DE LA HERNIA
DE DISCO POR EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO
MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA**
JULIA GARRIDO RAMOS, ALVARO CAÑADA SANCHEZ, JACOBO
DIAZ ALONSO, ANA CARLOS ÁLVAREZ Y ANDREA SANZ
QUERENCIAS 1975
- 404 TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN RADIODIAGNÓSTICA EN EL
CÁNCER DE MAMA**
MARÍA SABINO AMADO, ANA GARCÍA MARÍN, ELVIRA
ZAMORANO BARROSO, MARIBEL CRELGO HERRERO Y ROCÍO
LÓPEZ JESÚS 1981
- 405 REACCIÓN EN CADENA DE POLIMERASA (PCR)**
MERCEDES FUENTES MARTINEZ 1987
- 406 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL HIGIENISTA
BUCODENTAL**
LUCIA PULPON AYUSO MORALES, MARÍA DEL CORAL LOZANO
GUIJARRO, MIRIAM BERMEJO PEÑA Y LAURA PLAZA BASCUÑANA 1991

- 407 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE LA ANGIOGRAFÍA**
AZALEA ESTEBAN LÓPEZ, FRANCISCO CALDERON BARQUERO,
NEREA SALCEDO DOMÍNGUEZ, MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ
Y GUILLERMO BIELSA ALCAIDE 1995
- 408 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE LA BIOPSIA POR PUNCIÓN CON RAYOS**
AZALEA ESTEBAN LÓPEZ, FRANCISCO CALDERON BARQUERO,
NEREA SALCEDO DOMÍNGUEZ, MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ
Y GUILLERMO BIELSA ALCAIDE 1999
- 409 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA COLOCACIÓN DE LA Sonda PARA ALIMENTACIÓN**
AZALEA ESTEBAN LÓPEZ, FRANCISCO CALDERON BARQUERO,
NEREA SALCEDO DOMÍNGUEZ, MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ
Y GUILLERMO BIELSA ALCAIDE 2003
- 410 LA LABOR DEL TÉCNICO SUPERIOR DE RADIODIAGNÓSTICO EN QUIRÓFANO**
MARIBEL CRELGO HERRERO, ANA GARCÍA MARÍN, ELVIRA
ZAMORANO BARROSO, MARÍA SABINO AMADO Y ROCÍO LÓPEZ
JESÚS 2007
- 411 EL ROL DE LOS HIGIENISTAS BUCODENTALES**
LUCIA PULPON AYUSO MORALES, MARÍA DEL CORAL LOZANO
GUIJARRO, MIRIAM BERMEJO PEÑA Y LAURA PLAZA BASCUÑANA 2013
- 412 DIFERENCIAS ENTRE EL HIGIENISTA BUCODENTAL Y EL AUXILIAR DENTAL**
LAURA PLAZA BASCUÑANA, MARÍA DEL CORAL LOZANO
GUIJARRO, MIRIAM BERMEJO PEÑA Y LUCIA PULPON AYUSO
MORALES 2017
- 413 ESTUDIO DE GAMMAGRAFÍA ÓSEA EN MEDICINA NUCLEAR**
MARIBEL CRELGO HERRERO, ANA GARCÍA MARÍN, ELVIRA
ZAMORANO BARROSO, MARÍA SABINO AMADO Y ROCÍO LÓPEZ
JESÚS 2021

414	LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO EN LA DENSITOMETRÍA ÓSEA JESÚS MARTÍN ROLDÁN, VANESSA QUIROGA MINAYA, INMACULADA DURAN AMOROS, NEREA CIDFUENTES JIMÉNEZ Y ANA MARIN PUERTA	2029
415	LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO EN LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA HACIA LOS PACIENTES HOSPITALARIOS JESÚS MARTÍN ROLDÁN, ANA MARIN PUERTA, NEREA CIDFUENTES JIMÉNEZ, INMACULADA DURAN AMOROS Y VANESSA QUIROGA MINAYA	2035
416	LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA INMOVILIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO RADIOLÓGICO JESÚS MARTÍN ROLDÁN, INMACULADA DURAN AMOROS, VANESSA QUIROGA MINAYA, ANA MARIN PUERTA Y NEREA CIDFUENTES JIMÉNEZ	2041
417	ARTEFACTOS EN RESONANCIA MAGNÉTICA DIHIA MAMMERI PÉREZ	2047
418	EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN EMERGENCIAS JORGE MARTINEZ ALVAREZ	2053
419	ALTA SENSIBILIDAD Y APOYO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA VANESA FERNÁNDEZ DACRUZ	2057
420	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO. EL TCAE DURANTE LA PREPARACIÓN DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO Mª ÁNGELES VERGARA GARZÓN, ANTONIA MARTÍNEZ CANO, LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE Y VANESA ROMAN SEGURA	2061
421	LOS ARTEFACTOS EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO, QUÉ SON Y TIPOS JOSEFA BONACHE VIVANCOS	2065

- 422BACTERIAS ANAEROBIAS. TÉCNICAS ESPECIALES DE RECOGIDA, PROCESAMIENTO, CULTIVO E IDENTIFICACIÓN.**
ANA ISABEL ANDINO HERRERA, SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO,
JORGE MENA GONZALEZ, ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA Y M
ISABEL MORENA ESPADA 2069
- 423PROCEDIMIENTOS DE IDENTIFICACIÓN BACTERIANA EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA: SISTEMAS MANUALES Y AUTOMÁTICOS**
ANA ISABEL ANDINO HERRERA, SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO,
JORGE MENA GONZALEZ, ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA Y M
ISABEL MORENA ESPADA 2079
- 424CARACTERÍSTICAS Y CLASIFICACIÓN DE LOS VIRUS IMPLICADOS EN PROCESOS INFECCIOSOS HUMANOS: TOMA DE MUESTRAS, TRANSPORTE, PROCESAMIENTO E IDENTIFICACIÓN DE AGENTES VIRALES. CULTIVOS CELULARES**
ANA ISABEL ANDINO HERRERA, SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO,
JORGE MENA GONZALEZ, ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA Y M
ISABEL MORENA ESPADA 2089
- 425LA SONICACION DE PRÓTESIS POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO**
NATALIA GARCIA GUTIERREZ, ADELA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ,
Mª DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ LOBETO, JOSE LUIS GETINO
GUTIERREZ Y MÓNICA ÁLVAREZ MINAYO 2099
- 426LAS CRIES Y FUNCIONES DEL HIGIENISTA BUCODENTAL**
PATRICIA FLOREZ SEGOVIANO 2105
- 427ARTRITIS REUMATOIDE EN PACIENTES GERIÁTRICOS: ENFOQUE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MONTSERRAT CUESTA ARIAS 2109
- 428ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ANCIANO DEPRESIVO**
VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO, GLORIA MARÍA MORENO
GALAN, FERNANDO REDONDO MORENO, CARMEN RUS MENESES
GARVI Y JAVIER TALAVERA GARCIA 2115

- 429 ADMINISTRACIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ENEMAS POR PARTE DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO, GLORIA MARÍA MORENO GALAN, FERNANDO REDONDO MORENO, CARMEN RUS MENESES GARVI Y JAVIER TALAVERA GARCIA 2119
- 430 EFECTOS DE LA GIMNASIA ABDOMINAL HIPOPRESIVA DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO, GLORIA MARÍA MORENO GALAN, FERNANDO REDONDO MORENO, CARMEN RUS MENESES GARVI Y JAVIER TALAVERA GARCIA 2125
- 431 RIESGOS MICROBIOLÓGICOS EN EL DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGÍA. CÓMO PREVENIRLOS SIENDO TÉCNICO ESPECIALISTA EN LABORATORIO**
ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO, JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES, ESMERALDA ORTIZ RODA, ANA LEÓN AROCO Y FÁTIMA UCENDO QUINTANAR 2129
- 432 CÓMO DEBE ANALIZAR EL TÉCNICO DE LABORATORIO EL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO**
ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO, JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES, ESMERALDA ORTIZ RODA, ANA LEÓN AROCO Y FÁTIMA UCENDO QUINTANAR 2133
- 433 TRANSPORTE DE MUESTRAS Y REVISIÓN POR PARTE DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN LABORATORIO CLÍNICO**
ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO, JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES, ESMERALDA ORTIZ RODA, ANA LEÓN AROCO Y FÁTIMA UCENDO QUINTANAR 2137
- 434 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN RAYOS EN EL QUIRÓFANO EN EL INTERIOR DEL MEDIO HOSPITALARIO**
ANA ROSA PALACIOS ROZALEN 2141

435	LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN RAYOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL ÁMBITO HOSPITALARIO ANA ROSA PALACIOS ROZALEN	2145
436	PAPEL DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CURACIÓN DE HERIDAS ISRAEL CHARNECO BERNAL, MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES, RAJAA FRITAH FRITAH, JENIFER GREGORIO MARTÍN Y LAURA RAMÍREZ GARCÍA	2149
437	TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS DERMATOLÓGICOS ISRAEL CHARNECO BERNAL, MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES, RAJAA FRITAH FRITAH, JENIFER GREGORIO MARTÍN Y LAURA RAMÍREZ GARCÍA	2155
438	IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA ISRAEL CHARNECO BERNAL, MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES, RAJAA FRITAH FRITAH, JENIFER GREGORIO MARTÍN Y LAURA RAMÍREZ GARCÍA	2159
439	EL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y EL PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE CORTES EN PARAFINA TAMARA SÁNCHEZ DE LA LLAVE	2163
440	LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO DEL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES TAMARA SÁNCHEZ DE LA LLAVE	2169
441	LA BIOPSIA LÍQUIDA Y EL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLOGÍA TAMARA SÁNCHEZ DE LA LLAVE	2175
442	EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO Y LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS SERGIO FUENTES MARÍN, SONIA SANCHEZ RUIZ, ROSAIDA ABREU TERRERO, MARTA PERETE DÍAZ Y MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA	2179

- 443EL TÉCNICO DE RAYOS ANTE EL PACIENTE CON OSTEOPOROSIS Y LA EVALUACIÓN DE FRACTURAS**
SERGIO FUENTES MARÍN, SONIA SANCHEZ RUIZ, ROSAIDA ABREU TERRERO, MARTA PERETE DÍAZ Y MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA 2183
- 444EL TÉCNICO DE RAYOS Y SU FUNCION EN LAS EXPLORACIONES ECOGRAFICAS.**
SERGIO FUENTES MARÍN, SONIA SANCHEZ RUIZ, ROSAIDA ABREU TERRERO, MARTA PERETE DÍAZ Y MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA 2187
- 445EL CELADOR EN URGENCIAS**
MARÍA JOSÉ DE LA TORRE ARROYO 2191
- 446EL CELADOR HOSPITALARIO: LABOR EN EL ANIMALARIO**
RAÚL MARTÍN GARCÍA, ELENA SÁNCHEZ LLANOS, MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS, ENCARNA LOPEZ CABALLERO Y MARÍA BERNARDA DOMENECH BUELE 2195
- 447CUIDADOS DEL CELADOR A LOS NIÑOS INGRESADOS EN HOSPITAL**
JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA, ROSA MAZUECOS MUÑOZ, JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ, SONIA MARÍA MUÑOZ Y JOSE FCO NOGUERAS GARCIA 2199
- 448EL PACIENTE EN CAMA Y EL PROCEDIMIENTO DE ASEO DEL CELADOR EN ESTE**
JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA, ROSA MAZUECOS MUÑOZ, JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ, SONIA MARÍA MUÑOZ Y JOSE FCO NOGUERAS GARCIA 2203
- 449LA FARMACIA DE LOS HOSPITALES Y LAS ACTIVIDADES DEL CELADOR**
JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA, ROSA MAZUECOS MUÑOZ, JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ, SONIA MARÍA MUÑOZ Y JOSE FCO NOGUERAS GARCIA 2207

- 450EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU ACTUACION EN EL DEPARTAMENTO DE BOLSA DE TRABAJO EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE, ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA, MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARTA ISABEL MOSET MOLINA Y YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ 2211
- 451EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA**
MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE, ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA, MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARTA ISABEL MOSET MOLINA Y YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ 2215
- 452EL PROFESIONAL MECÁNICO Y ELECTRICISTA PERTENECIENTE A GESTIÓN Y SERVICIOS. EQUIPO DE MANTENIMIENTO DEL CENTRO HOSPITALARIO EN EL MANTENIMIENTO DE LAS CALDERAS INDUSTRIALES DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
IVAN ESPARTERO MUÑOZ, LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ, DAVID SANCHEZ CAMBRONERO, HONORATO LOZANO MOYA Y JOSÉ LUIS CASADO APARICIO 2219
- 453EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL**
MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE, ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA, MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARTA ISABEL MOSET MOLINA Y YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ 2223
- 454EL PROFESIONAL MECÁNICO Y ELECTRICISTA PERTENECIENTE A GESTIÓN Y SERVICIOS, EQUIPO DE MANTENIMIENTO DEL CENTRO HOSPITALARIO Y LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD A APLICAR EN LA ADQUISICIÓN Y EL USO DE LAS HERRAMIENTAS MANUALES**
LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ, DAVID SANCHEZ CAMBRONERO, JOSÉ LUIS CASADO APARICIO, HONORATO LOZANO MOYA Y IVAN ESPARTERO MUÑOZ 2227

- 455LA TÉCNICA DE SOLDADO Y TIPOS DE SOLDADURA UTILIZADOS
POR LOS MECÁNICOS Y ELECTRICISTAS PERTENECIENTES AL
GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS EQUIPO DE MANTENIMIENTO**
DAVID SANCHEZ CAMBRONERO, LUIS MIGUEL DEL FRESNO
SÁNCHEZ, JOSÉ LUIS CASADO APARICIO, HONORATO LOZANO
MOYA Y IVAN ESPARTERO MUÑOZ 2233
- 456ACTUACIÓN Y FUNCIONES DEL CELADOR ANTE PACIENTES
FALLECIDOS. MORTUORIO Y SALA DE AUTOPSIAS**
MARIA JULIA ROMERO LUJAN, DELFINA MARGARITA ORTIZ
QUIROS, JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO, JOSÉ
MARIA JIMÉNEZ LOZANO Y MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO 2237
- 457EL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA. FUNCIONES Y
COMPETENCIAS**
MARIA JULIA ROMERO LUJAN, DELFINA MARGARITA ORTIZ
QUIROS, JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO, JOSÉ
MARIA JIMÉNEZ LOZANO Y MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO 2241
- 458FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE
CIRUGÍA SIN INGRESO**
MARIA JULIA ROMERO LUJAN, DELFINA MARGARITA ORTIZ
QUIROS, JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO, JOSÉ
MARIA JIMÉNEZ LOZANO Y MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO 2245
- 459FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REANIMACION Y
CUIDADOS CRITICOS DE ADULTOS**
MARÍA AURORA LEÓN CASAS Y FRANCISCA DE TORO CUCHILLO 2249
- 460PERSONAL DE MANTENIMIENTO: LAS FUNCIONES E
IMPORTANCIA DEL CALEFACTOR DE CENTROS HOSPITALARIOS**
PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS, ALFONSO LÓPEZ BEAMUD,
FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ, LUIS MIGUEL ANDÚJAR
OLMEDO Y ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR 2253

- 461 PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL CALEFACTOR Y EL USO DE ESCALERAS DE MANO EN ARREGLOS DE LAS REJILLAS DE CALEFACCIÓN**
PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS, ALFONSO LÓPEZ BEAMUD,
ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR, LUIS MIGUEL ANDÚJAR
OLMEDO Y FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ 2257
- 462 LOS GRUPOS ELECTRÓGENOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS POR EL PERSONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO PERTENECIENTES A GESTIÓN Y SERVICIOS**
LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO, MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA,
JUAN GIJÓN MERCHAN, PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES Y JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO 2261
- 463 LA ELECTRICIDAD CONCEPTOS, FENÓMENOS Y MAGNITUDES ELÉCTRICAS, CONOCIMIENTOS BÁSICOS PARA EL PROFESIONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO PERTENECIENTE A LA CATEGORÍA DE GESTIÓN Y SERVICIOS, EQUIPO DE MANTENIMIENTO**
PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES, JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO, LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO, MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA Y JUAN GIJÓN MERCHAN 2265
- 464 EL PERSONAL SUBALTERNO EN LAS PLANTAS DE MEDICINA INTERNA. FUNCIONES AUXILIARES DEL CELADOR AL RESTO DE CATEGORÍAS PROFESIONALES**
SANDRA CAÑADILLA ORTIZ, ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ, ANTONIO RODRIGUEZ MÁRQUEZ, ALEJANDRO ANGEL GIL Y MARÍA ELENA ÁNGEL GIL 2269
- 465 EL PINCHE DE COCINA Y LA CLASIFICACIÓN DE MENAJE Y ÚTILES EN UNA COCINA HOSPITALARIA**
MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARTA ISABEL MOSET MOLINA, YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ, RAQUEL CÓZAR GARCÍA Y CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES 2273

- 466EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y SUS FUNCIONES EN UNA DIETA SIN RESIDUOS**
MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ,
RAQUEL CÓZAR GARCÍA, CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES
Y MARTA ISABEL MOSET MOLINA 2277
- 467LA IMPORTANCIA DEL EMPLATADO POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA**
MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARTA ISABEL MOSET
MOLINA, YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ, RAQUEL CÓZAR GARCÍA Y
CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES 2281
- 468EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE PSQUIÁTRICO**
NOELIA VILLALBA ALFARO, ALEJANDRO VILLALBA ALFARO,
VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA, ANA MARÍA VALLE DÍAZ Y
MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ 2285
- 469EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN UN QUIRÓFANO**
NOELIA VILLALBA ALFARO, ALEJANDRO VILLALBA ALFARO,
VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA, ANA MARÍA VALLE DÍAZ Y
MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ 2289
- 470EL CELADOR Y SU PAPEL EN EL SERVICIO DE INFORMACIÓN**
ALEJANDRO VILLALBA ALFARO, VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA,
ANA MARÍA VALLE DÍAZ, MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ Y
NOELIA VILLALBA ALFARO 2293
- 471 CAMBIOS POSTURALES**
MARÍA TRINIDAD SIMÓN COLMENERO 2297
- 472PERSONAL DE MANTENIMIENTO:EL CALEFACTOR Y LA TERMIDINAMICA. BOMBAS DE CALOR**
ALFONSO LÓPEZ BEAMUD, PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS,
FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ, LUIS MIGUEL ANDÚJAR
OLMEDO Y ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR 2301

- 473 LA PUERTA PRINCIPAL DE LOS CENTROS SANITARIOS COMO PUNTO DE INFORMACIÓN AL USUARIO. FUNCIONES DE INFORMACIÓN DEL PERSONAL SUBALTERNO**
ANTONIO RODRIGUEZ MÁRQUEZ, ALEJANDRO ANGEL GIL, MARÍA ELENA ÁNGEL GIL, SANDRA CAÑADILLA ORTIZ Y ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ 2305
- 474 HABILIDADES DE RECEPCIONISTAS TELEFONISTAS EN UN HOSPITAL**
PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ, DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ, ALICIA TALAYA NAVARRO, MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO Y MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO 2309
- 475 FUNCIONES DEL TELEFONISTA DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA EN UN ENTORNO HOSPITALARIO**
PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ, DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ, ALICIA TALAYA NAVARRO, MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO Y MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO 2313
- 476 FUNCIONES DE COORDINACIÓN DE CENTRAL TELEFONISTA EN UN HOSPITAL**
PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ, DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ, ALICIA TALAYA NAVARRO, MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO Y MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO 2317
- 477 EL CELADOR ANTE EL PACIENTE FALLECIDO. PROCEDIMIENTO DE AMORTAJAMIENTO Y TRASLADO DEL PACIENTE FALLECIDO**
ALEJANDRO ANGEL GIL, MARÍA ELENA ÁNGEL GIL, SANDRA CAÑADILLA ORTIZ, ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ Y ANTONIO RODRIGUEZ MÁRQUEZ 2321
- 478 EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL FONTANERO Y SU FUNCIÓN ANTE EL ATASCO DE LOS DESAGÜES DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ, PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS, MIGUEL VELASCO TORRES, ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR Y LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO 2325

- 479EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL FONTANERO Y EL
MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES DE AGUA DE UN
CENTRO HOSPITALARIO**
FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ, PEDRO PABLO LOPEZ
HERREROS, MIGUEL VELASCO TORRES, ANTONIO JOSÉ LÓPEZ
ATIENZAR Y LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO 2329
- 480EL PERSONAL DE FONTANERÍA Y SU IMPORTANCIA EN EL
MANTENIMIENTO DE CENTROS HOSPITALARIOS**
FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ, PEDRO PABLO LOPEZ
HERREROS, MIGUEL VELASCO TORRES, ANTONIO JOSÉ LÓPEZ
ATIENZAR Y LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO 2333
- 481EL APOYO EMOCIONAL DEL CELADOR A PACIENTES
TERMINALES**
Mª DE LAS MERCEDES GARCÍA DÍAZ 2337
- 482PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA Y LOS TIPOS
DE ALUMBRADO DE EMERGENCIA EN LAS ZONAS
HOSPITALARIAS. REVISIÓN Y SUSTITUCIÓN DE PIEZAS**
JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ, SERGIO GARCÍA ZAMORA,
ALFONSO LÓPEZ BEAMUD, RAMÓN SERRANO LÓPEZ Y ALFREDO
ESTEBAN FERNANDEZ 2341
- 483PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA Y LAS
FUNCIONES EN LOS HOSPITALES**
JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ, SERGIO GARCÍA ZAMORA, RAMÓN
SERRANO LÓPEZ, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ Y ALFONSO
LÓPEZ BEAMUD 2345
- 484PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA DE UN
HOSPITAL Y LOS RIESGOS ELÉCTRICOS**
JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ, ALFONSO LÓPEZ BEAMUD, RAMÓN
SERRANO LÓPEZ, SERGIO GARCÍA ZAMORA Y ALFREDO ESTEBAN
FERNANDEZ 2349

- 485 LAS TAREAS REALIZADAS POR EL PERSONAL SUBALTERNO EN
LOS CENTROS HOSPITALARIOS. FUNCIONES DEL CELADOR
RELACIONADAS CON EL PACIENTE**
ALICIA LÓPEZ IÑESTA GARCÍA CARPINTERO 2353
- 486 LOS PACIENTES TERMINALES Y LAS FUNCIONES QUE REALIZAN
EN ELLOS LOS CELADORES**
DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN, RAQUEL GARRIDO
RODRÍGUEZ, CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES, YOANA DÍAZ
ROMERO Y ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ 2357
- 487 LOS CELADORES Y SUS DIFERENTES FUNCIONES EN EL SERVICIO
DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**
DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN, RAQUEL GARRIDO
RODRÍGUEZ, CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES, YOANA DÍAZ
ROMERO Y ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ 2361
- 488 EL PAPEL DEL CELADOR EN LA HIGIENE Y DESINFECCIÓN
HOSPITALARIA**
M^a DE LAS MERCEDES GARCÍA DÍAZ 2365
- 489 FUNCIONES DEL PINCHE DE LA COCINA HOSPITALARIA EN LA
ELABORACIÓN DE LOS MENUS DE LOS PACIENTES**
YOLANDA VELASCO ESPEJO, DAVID NAVARRO MASIP, MARÍA
GLORIA ZAMORA DURÁN, ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS Y
ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ 2369
- 490 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN LA PREPARACIÓN DE
DIETAS BLANDAS**
YOLANDA VELASCO ESPEJO, DAVID NAVARRO MASIP, MARÍA
GLORIA ZAMORA DURÁN, ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS Y
ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ 2373
- 491 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y SUS FUNCIONES EN LA
PRODUCCIÓN DE LA DIETA BASAL DE LOS PACIENTES**
YOLANDA VELASCO ESPEJO, DAVID NAVARRO MASIP, MARÍA
GLORIA ZAMORA DURÁN, ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS Y
ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ 2377

- 492EL PERSONAL SUBALTERNO CON EL PACIENTE NEONATO.
FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO, MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ,
JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ, CRISTINA ANTONAYA
MORCILLO Y JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ** 2381
- 493LA ACTUACIÓN Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL
QUIRÓFANO
MARTA ISABEL MOSET MOLINA, YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ,
VICENTA CERRO NEVADO, FRANCISCO JOSE MORENO
MONESCILLO Y MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA** 2385
- 494EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL TRANSPORTE DEL
ENFERMO PARA REALIZARSE PRUEBAS DE RAYOS
MARTA ISABEL MOSET MOLINA, YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ,
VICENTA CERRO NEVADO, FRANCISCO JOSE MORENO
MONESCILLO Y MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA** 2389
- 495EL CELADOR Y SU PAPEL EN EL SERVICIO DE FARMACIA
MARTA ISABEL MOSET MOLINA, YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ,
VICENTA CERRO NEVADO, FRANCISCO JOSE MORENO
MONESCILLO Y MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA** 2393
- 496EL ELECTRICISTA COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y LOS
FALLOS ELECTRICOS POSIBLES QUE HAY EN LOS HOSPITALES
LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS, RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ,
ALFONSO MOLINES MARTINEZ, JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ Y CÉSAR
JIMÉNEZ JIMÉNEZ** 2397
- 497PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA Y LAS
INSTALACIONES DE PARARRAYOS EN CENTROS SANITARIOS (LA
NTE-IPP PARARRAYOS)
LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS, JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ,
RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ, ALFONSO MOLINES MARTINEZ Y
CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ** 2401

- 498LA GESTIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL REGISTRO
TELEMÁTICO Y PRESENCIAL**
M^a DEL PILAR CORTES MENDOZA, CARMEN MARÍA ZARCO
TENDERO Y LAURA MONTERO MARTÍNEZ 2405
- 499ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL ENFERMO AISLADO Y
CONTAGIOSO**
PILAR PEINADO MARTÍNEZ, MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ,
CARMEN MARÍA RIVAS COUSILLAS, ARTURO CHAPARRO JIMENEZ
Y VICENTE CHAPARRO MUÑOZ 2409
- 500LOS RIESGOS DE LA PLANCHADORA/O DE LOS CENTROS
HOSPITALARIOS**
MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO, MARIA JOSE CRESPO ZAFRA,
MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO, SANDRA MARTINEZ
SANCHEZ Y MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER 2415
- 501PLANCHADOR/A Y EL ESPACIO FÍSICO DONDE REALIZA SU
LABOR EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO, MARIA JOSE CRESPO ZAFRA,
MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO, SANDRA MARTINEZ
SANCHEZ Y MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER 2421
- 502ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN AL PACIENTE
TERMINAL O FALLECIDO**
PILAR PEINADO MARTÍNEZ, MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ,
CARMEN MARÍA RIVAS COUSILLAS, ARTURO CHAPARRO JIMENEZ
Y VICENTE CHAPARRO MUÑOZ 2425
- 503EL PLANCHADOR/A: FASES DE LA ROPA CUANDO LLEGA A LA
ZONA LIMPIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO, MARIA JOSE CRESPO ZAFRA,
MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO, SANDRA MARTINEZ
SANCHEZ Y MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER 2431
- 504MANTENIMIENTO DE CAMAS HOSPITALARIAS POR EL CELADOR**
PILAR PEINADO MARTÍNEZ, MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ,
CARMEN MARÍA RIVAS COUSILLAS, ARTURO CHAPARRO JIMENEZ
Y VICENTE CHAPARRO MUÑOZ 2435

- 505 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU TRATO HACIA UN UNA PERSONA ALTERADA QUE ACUDE A ADMISION DEL HOSPITAL**
ROCIO NAVARRO CUTANDA, LAURA MONTERO NIEVES, ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO, PILAR CÓRCOLES LOZANO Y MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN 2441
- 506 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU TRABAJO EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL**
ROCIO NAVARRO CUTANDA, LAURA MONTERO NIEVES, ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO, PILAR CÓRCOLES LOZANO Y MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN 2445
- 507 FUNCIONES DEL CELADOR EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA**
AGUSTIN ANGEL GALLEGU GUTIERREZ, DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO, ENCARNACION SANCHEZ RUIZ, BEATRIZ ROMERO ROMAN Y JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO 2449
- 508 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO**
JULIANA LADERO PACHECO, RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO, PETRA MONTALVO CAMPOS, MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO Y LUCIA MONTALVO CAMPOS 2453
- 509 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN URGENCIAS HOSPITALARIAS**
AGUSTIN ANGEL GALLEGU GUTIERREZ, DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO, ENCARNACION SANCHEZ RUIZ, BEATRIZ ROMERO ROMAN Y JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO 2457
- 510 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL**
JULIANA LADERO PACHECO, MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO, RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO, PETRA MONTALVO CAMPOS Y LUCIA MONTALVO CAMPOS 2461
- 511 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA**
AGUSTIN ANGEL GALLEGU GUTIERREZ, DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO, ENCARNACION SANCHEZ RUIZ, BEATRIZ ROMERO ROMAN Y JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO 2465

- 512 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA COMPLICADA RELACION ENTRE EL ÁMBITO FAMILIAR Y LABORAL**
ROCIO NAVARRO CUTANDA, LAURA MONTERO NIEVES, ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO, PILAR CÓRCOLES LOZANO Y MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN 2469
- 513 EL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE LA DIETA SIN GRASA DE UNA COCINA HOSPITALARIA**
MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ, GLORIA MARTÍNEZ TARIN, NOELIA VILLALBA ALFARO, ALFONSO GARCIA MARINA Y FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ 2473
- 514 EL PINCHE DE COCINA Y SU PAPEL EN LA COCCIÓN AL VACÍO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ, GLORIA MARTÍNEZ TARIN, NOELIA VILLALBA ALFARO, ALFONSO GARCIA MARINA Y FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ 2477
- 515 EL PINCHE DE COCINA EN EL EMPLATADO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ, GLORIA MARTÍNEZ TARIN, NOELIA VILLALBA ALFARO, ALFONSO GARCIA MARINA Y FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ 2481
- 516 INSTALACIONES ELÉCTRICAS DE BAJA TENSIÓN. POR EL PROFESIONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO PERTECECIENTES AL EQUIPO DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO**
JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO, LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO, MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA, PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES Y JUAN GIJÓN MERCHAN 2485
- 517 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CITACIONES**
ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA, GONZALO TEJERA DE EUSEBIO, ESTEFANIA FLORES ALCOLEA, MARIA ANGELES PALACIOS AVILES Y AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO 2489

- 518 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE CODIFICACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA, GONZALO TEJERA DE EUSEBIO, ESTEFANIA FLORES ALCOLEA, MARIA ANGELES PALACIOS AVILES Y AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO 2493
- 519 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI)**
ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA, GONZALO TEJERA DE EUSEBIO, ESTEFANIA FLORES ALCOLEA, MARIA ANGELES PALACIOS AVILES Y AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO 2497
- 520 EL CELADOR Y LAS FUNCIONES BASICAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA**
JULIANA LADERO PACHECO, RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO, PETRA MONTALVO CAMPOS, MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO Y LUCIA MONTALVO CAMPOS 2501
- 521 EL ELECTRICISTA COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO EN TRABAJOS DE BAJA TENSIÓN DENTRO DEL ENTORNO SANITARIO**
LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS, ALFONSO MOLINES MARTINEZ, RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ, JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ Y CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ 2505
- 522 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
LUCÍA GÓMEZ MOLINA, IVAN CARRION PEREZ, MARIA DE LOS LLANOS MARTINEZ MARTINEZ, MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN HENARES Y RAÚL GÓMEZ MOLINA 2509
- 523 EL CELADOR Y EL PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALARIA DE UN PACIENTE**
LUCÍA GÓMEZ MOLINA, IVAN CARRION PEREZ, MARIA DE LOS LLANOS MARTINEZ MARTINEZ, MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN HENARES Y RAÚL GÓMEZ MOLINA 2513

- 524EL CELADOR DEL ÁMBITO HOSPITALARIO Y LAS
CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO A TURNOS**
LUCÍA GÓMEZ MOLINA, IVAN CARRION PEREZ, MARIA DE LOS
LLANOS MARTINEZ MARTINEZ, MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN
HENARES Y RAÚL GÓMEZ MOLINA 2517
- 525LA FIGURA DEL CELADOR EN EL SERVICIO DEL MORTUORIO**
RAQUEL SANCHEZ TOLEDO, JUAN JOSE ARENAS BUSTOS, JAIME
CASTELLANOS CRIADO, MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO Y
LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA 2521
- 526LA MOVILIZACIÓN Y COLOCACIÓN DEL PACIENTE POR PARTE
DE LA FIGURA DEL CELADOR**
RAQUEL SANCHEZ TOLEDO, JUAN JOSE ARENAS BUSTOS, JAIME
CASTELLANOS CRIADO, MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO Y
LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA 2525
- 527MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CELADOR EN
EL TRASLADO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS**
RAQUEL SANCHEZ TOLEDO, JUAN JOSE ARENAS BUSTOS, JAIME
CASTELLANOS CRIADO, MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO Y
LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA 2529
- 528EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL
MOSTRADOR DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)**
ESTHER CALVO HERNÁNDEZ, JESSICA RUIZ GOMEZ, TOMÁS
RODRIGUEZ CHOQUE, YOLANDA CANTON SALAZAR Y ABEL
SALAZAR CANTON 2533
- 529EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO
DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**
ESTHER CALVO HERNÁNDEZ, TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE,
JESSICA RUIZ GOMEZ, YOLANDA CANTON SALAZAR Y ABEL
SALAZAR CANTON 2537

- 530 EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA**
ESTHER CALVO HERNÁNDEZ, ABEL SALAZAR CANTON, TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE, JESSICA RUIZ GOMEZ Y YOLANDA CANTON SALAZAR 2541
- 531 EL FONTANERO Y LA REPARACIÓN DE LAS TUBERÍAS DE LOS HOSPITALES**
FRANCISCO GONZALEZ TEBAR, PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO, JUAN CANO PATERNA, ANTONIO RUIZ ESCUDERO Y FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA 2545
- 532 EL FONTANERO COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y LA REPARACIÓN DE LOS GRIFOS DE UN HOSPITAL**
FRANCISCO GONZALEZ TEBAR, PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO, JUAN CANO PATERNA, ANTONIO RUIZ ESCUDERO Y FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA 2549
- 533 EL FONTANERO DE UN HOSPITAL Y EL MANEJO DE LOS FLUXORES**
JUAN CANO PATERNA, FRANCISCO GONZALEZ TEBAR, ANTONIO RUIZ ESCUDERO, PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO Y FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA 2553
- 534 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA**
LAURA TEBAR TORRES, BELEN PALACIOS LOZANO, CARMELO ZAMORANO PANZANO, PAULA DIAZ MECO ALVAREZ Y MARIA ELENA MARTINEZ MORENO 2557
- 535 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA**
LAURA TEBAR TORRES, BELEN PALACIOS LOZANO, CARMELO ZAMORANO PANZANO, PAULA DIAZ MECO ALVAREZ Y MARIA ELENA MARTINEZ MORENO 2561

- 536 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS**
LAURA TEBAR TORRES, BELEN PALACIOS LOZANO, CARMELO
ZAMORANO PANZANO, PAULA DIAZ MECO ALVAREZ Y MARIA
ELENA MARTINEZ MORENO 2565
- 537 LAS FUNCIONES DEL CELADOR DENTRO DEL SERVICIO DE
INFORMACIÓN DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
VICTOR GARCIA GARCIA 2569
- 538 LAS FUNCIONES DEL CELADOR DE PUERTA EN CENTROS
HOSPITALARIOS**
MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA, MARÍA MOYA APARICIO,
ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ, MARIA TERESA SANCHEZ
RODENAS Y MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS 2573
- 539 EL CELADOR Y LAS FUNCIONES CON EL PACIENTE CARDÍACO**
MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA, MARÍA MOYA APARICIO,
ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ, MARIA TERESA SANCHEZ
RODENAS Y MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS 2577
- 540 LAS FUNCIONES DE UN CELADOR EN LA ANATOMÍA
PATOLÓGICA**
MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA, MARÍA MOYA APARICIO,
ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ, MARIA TERESA SANCHEZ
RODENAS Y MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS 2581
- 541 EL CELADOR DURANTE EL TRASLADO DE UN PACIENTE EN
SILLA DE RUEDAS. NORMAS BÁSICAS DURANTE EL TRASLADO
DEL PACIENTE**
CRISTINA ANTONAYA MORCILLO, MARÍA DEL CARMEN RUBIO
DIAZ, JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ, JOSE LUIS SANCHEZ
JIMENEZ Y SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO 2585
- 542 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS PROBLEMAS DE LA LUZ
AZUL DE LOS MONITORES**
SANDRA RONCERO GONZÁLEZ, ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA, M^a
FERNANDA DEL CERRO NAVARRO, MARTA DE LA CRUZ DE LA
ROSA Y MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ 2589

- 543EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD Y EL USO DE LA RECETA ELECTRÓNICA**
SANDRA RONCERO GONZÁLEZ, ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA, M^a
FERNANDA DEL CERRO NAVARRO, MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA Y MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ 2593
- 544LA ATENCIÓN TELEFÓNICA POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD**
SANDRA RONCERO GONZÁLEZ, ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA, M^a
FERNANDA DEL CERRO NAVARRO, MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA Y MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ 2597
- 545EL CELADOR EN EL SERVICIO DE DIÁLISIS. FUNCIONES DEL PERSONAL SUBALTERNO CON EL PACIENTE**
MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ, JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ, JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ, CRISTINA ANTONAYA MORCILLO Y SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO 2601
- 546LAS DISTINTAS FUNCIONES QUE DEBEN DE REALIZAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA**
JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO, RAQUEL GARRIDO CALA, FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN, FERNANDO JIMENEZ Y REMEDIOS LIZCANO 2605
- 547LAS FUNCIONES QUE DEBE DESEMPEÑAR UN CELADOR ANTE UN PACIENTE EN ESTADO TERMINAL**
JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO, RAQUEL GARRIDO CALA, FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN, FERNANDO JIMENEZ Y REMEDIOS LIZCANO 2609
- 548LAS DIFERENTES FUNCIONES QUE DEBEN DE DESEMPEÑAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**
JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO, RAQUEL GARRIDO CALA, FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN, FERNANDO JIMENEZ Y REMEDIOS LIZCANO 2613

- 549 LA GESTIÓN DE CITAS DE ESPECIALISTA POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SESCOAM**
CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO, M^a DEL PILAR CORTES
MENDOZA Y LAURA MONTERO MARTÍNEZ 2617
- 550 FUNCIONES DESARROLLADAS POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ALMACÉN DEL CENTRO HOSPITALARIO**
MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO, ANA MARIA CARPIO
ACEDO, GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO, NIEVES BERMEJO
PARRAS Y MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE 2621
- 551 EL CELADOR Y SU ACTUACION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA, MARIA DEL ROSARIO
ATIENZAR PEREZ, FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA, JOSE LUIS
BENITEZ LASERMA Y ALBA ROMERO PARADA 2627
- 552 EL CELADOR Y SU PAPEL EN LA PLANTA DE REHABILITACIÓN**
MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA, MARIA DEL ROSARIO
ATIENZAR PEREZ, JOSE LUIS BENITEZ LASERMA, FRANCISCO
LÓPEZ CUTANDA Y ALBA ROMERO PARADA 2631
- 553 EL CELADOR Y SU FUNCIÓN EN UN ALMACÉN**
MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA, MARIA DEL ROSARIO
ATIENZAR PEREZ, FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA, JOSE LUIS
BENITEZ LASERMA Y ALBA ROMERO PARADA 2635
- 554 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE SUMINISTROS : ALMACÉN HOSPITALARIO**
PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ, ANA CRISTINA GALLEGU CASTILLO,
LAURA SEPÚLVEDA ANGULO, GEMA BELEN PALOMINO
ESCRIBANO Y JAVIER SEPULVEDA CICUENDEZ 2639
- 555 FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN**
GEMA BELEN PALOMINO ESCRIBANO, LAURA SEPÚLVEDA
ANGULO, ANA CRISTINA GALLEGU CASTILLO, JAVIER SEPULVEDA
CICUENDEZ Y PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ 2643

- 556 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS CARACTERÍSTICAS Y REQUISITOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE**
GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO, NIEVES BERMEJO PARRAS,
MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE, MARIA INMACULADA JIMÉNEZ
VERBO Y ANA MARIA CARPIO ACEDO 2647
- 557 FUNCIONES Y TAREAS DESARROLLADAS POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**
ANA MARIA CARPIO ACEDO, GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO,
NIEVES BERMEJO PARRAS, MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE Y
MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO 2651
- 558 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**
MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS, MARÍA GARCÍA ALBERCA,
JUANA DUQUE DUQUE, MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA
Y MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ 2655
- 559 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCIÓN EN LA SECRETARÍA DE PLANTA**
MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS, MARÍA GARCÍA ALBERCA,
JUANA DUQUE DUQUE, MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA
Y MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ 2659
- 560 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO**
MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS, MARÍA GARCÍA ALBERCA,
JUANA DUQUE DUQUE, MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA
Y MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ 2663
- 561 MEDIDAS CAUTELARES PARA EL TRASLADO SEGURO DE PACIENTES POR PARTE DEL CELADOR**
JORGE FRANCISCO MARTÍN MAZA, CARLOS JESUS CARMONA
HIDALGO Y PABLO MARTÍN ESCABIAS 2667
- 562 EL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA**
DOLORES ROMERO ROMÁN, RUBÉN QUESADA CASTRO, JOSÉ
CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO, ANA ISABEL MUÑOZ
TORRERO PEÑA Y INMACULADA SEVILLA SERRANO 2671

- 563 CONOCIMIENTOS SOBRE SOPORTE VITAL PARA CELADORES**
RUBÉN QUESADA CASTRO, ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA,
INMACULADA SEVILLA SERRANO, DOLORES ROMERO ROMÁN Y
JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO 2675
- 564 LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CON GRÚA POR PARTE DEL
CELADOR**
ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA, INMACULADA SEVILLA
SERRANO, RUBÉN QUESADA CASTRO, DOLORES ROMERO ROMÁN
Y JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO 2679
- 565 EL ALMACÉN GENERAL DE UN CENTRO DE SALUD. FUNCIONES
DEL CELADOR DE ALMACÉN DURANTE LA RECEPCIÓN,
COLOCACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DEL MATERIAL SANITARIO Y NO
SANITARIO**
MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA, MARÍA DEL CARMEN ORTIZ
IZQUIERDO, LUIS ARJONA ROMERO, MIGUEL ANGEL ARJONA
ROMERO Y NATALIA SERRANO OÑORO 2683
- 566 COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA
UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI)**
JOSEFA GOMEZ PALACIOS, CRISTINA GOMEZ SOGUERO, JUAN
CALONGE MOLERO, ANA MARIA LIGERO MINGUEZ Y DAVID
GARCIA COLMENERO 2687
- 567 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CALL
CENTER**
DAVID GARCIA COLMENERO, ANA MARIA LIGERO MINGUEZ,
JUAN CALONGE MOLERO, CRISTINA GOMEZ SOGUERO Y JOSEFA
GOMEZ PALACIOS 2691
- 568 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE
UN HOSPITAL**
MARÍA AURORA LEÓN CASAS Y FRANCISCA DE TORO CUCHILLO 2695

- 569PROCEDIMIENTO UTILIZADO POR EL CELADOR PARA
MOVILIZAR A UN PACIENTE HACIA ARRIBA DE LA CAMA**
MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO, NATALIA SERRANO OÑORO,
MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA, MARÍA DEL CARMEN ORTIZ
IZQUIERDO Y LUIS ARJONA ROMERO 2699
- 570EL CELADOR EN LA UNIDAD DE FARMACIA. FUNCIONES DEL
CELADOR**
NATALIA SERRANO OÑORO, MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA,
MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO, LUIS ARJONA ROMERO Y
MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO 2703
- 571 EL ROL DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS
INTENSIVOS: SUS FUNCIONES Y CONTRIBUCIONES**
SUSANA B GALLEGU DEL CERRO, SERGIO REPISO FERNÁNDEZ,
ANA MARÍA CALVO FERNÁNDEZ, JUAN GONZALO RAMÍREZ
CASTELLANO Y JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ 2707
- 572 EL ROL DEL CELADOR EN EL PROCESO DE ADMISIÓN**
SUSANA B GALLEGU DEL CERRO, ANA MARÍA CALVO
FERNÁNDEZ, SERGIO REPISO FERNÁNDEZ, JOSE FRANCISCO
GALDÓN FERNÁNDEZ Y JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO 2711
- 573 EL ROL DEL CELADOR EN LOS PROCESOS DE
AMORTAJAMIENTO: CONTRIBUCIONES Y RESPONSABILIDADES**
SUSANA B GALLEGU DEL CERRO, JUAN GONZALO RAMÍREZ
CASTELLANO, JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ, SERGIO
REPISO FERNÁNDEZ Y ANA MARÍA CALVO FERNÁNDEZ 2715
- 574LOS ACCIDENTES LABORALES EN EL CELADOR. CONOCIMIENTO
DE RIESGOS LABORALES EN SU PUESTO DE TRABAJO Y SU
PREVENCIÓN**
LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ, INMACULADA
CONCEPCION BASTANTE ACEÑA Y BEATRIZ CHICO ARCHE 2719

- 575 EL CELADOR EN SERVICIOS ESPECÍFICOS. FUNCIONES
ESPECÍFICAS Y MEDIDAS DE AUTOPROTECCIÓN ANTE EL
PACIENTE DE PSIQUIATRÍA
LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ, INMACULADA
CONCEPCION BASTANTE ACEÑA Y BEATRIZ CHICO ARCHE 2723
- 576 RIESGOS FÍSICOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO A LOS QUE ESTÁ
EXPUESTO EL CELADOR
INMACULADA CONCEPCION BASTANTE ACEÑA, BEATRIZ CHICO
ARCHE Y LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ 2727
- 577 EL CELADOR Y LOS RIESGOS QUÍMICOS A LOS QUE SE EXPONE
EN EL MEDIO HOSPITALARIO
INMACULADA CONCEPCION BASTANTE ACEÑA, BEATRIZ CHICO
ARCHE Y LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ 2731
- 578 CELADORES: FUNCIONES GENERALES DE CONTROL Y DE
VIGILANCIA
BEATRIZ CHICO ARCHE, INMACULADA CONCEPCION BASTANTE
ACEÑA Y LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ 2735
- 579 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL
CARLOS JESUS CARMONA HIDALGO, JORGE FRANCISCO MARTÍN
MAZA Y PABLO MARTÍN ESCABIAS 2739
- 580 LAS FUNCIONES DE UN CELADOR EN CENTROS DE ATENCIÓN
PRIMARIA
PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO, EUGENIA NAVARRO
MARTÍNEZ, MONICA MOHORTE GARCIA, ALFREDO ESTEBAN
FERNANDEZ Y JUAN FELIP GOLDERO 2745
- 581 EL CELADOR EN LA SUJECCIÓN MECÁNICA DE PACIENTES
AGITADOS
PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO, EUGENIA NAVARRO
MARTÍNEZ, MONICA MOHORTE GARCIA, ALFREDO ESTEBAN
FERNANDEZ Y JUAN FELIP GOLDERO 2749

- 582EL CELADOR Y SU ACTUACION ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**
EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ, MONICA MOHORTE GARCIA,
ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, JUAN FELIP GOLDERO Y PEDRO
JOSÉ DEL OLMO NAVARRO 2753
- 583FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ALMACÉN DE SUMINISTROS**
JUAN MARTINEZ ORTEGA, MARÍA ISABEL LEO MOLERO, MANUEL
ANGULO ESCRIBANO, BEATRIZ ESTEBAN SIERRA Y LUIS
FERNANDO HERVAS RICO 2757
- 584FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN**
BEATRIZ ESTEBAN SIERRA, JUAN MARTINEZ ORTEGA, MARÍA
ISABEL LEO MOLERO, MANUEL ANGULO ESCRIBANO Y LUIS
FERNANDO HERVAS RICO 2761
- 585EL PERSONAL ADMINISTRATIVO QUE TELETRABAJANDO EN
LOS SERVICIOS DE SALUD**
MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ, MARIA JOSEFA MUÑOZ
SERRANO, JOSE HERREROS MAGAN, SERGIO HERREROS ROSILLO Y
MARIA GEMA JIMENEZ HIDALGO 2765
- 586EL PERSONAL ADMINISTRATIVO QUE SE ENCARGA DE LAS
GESTIONES DE LOS ALMACENES HOSPITALARIOS**
MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ, MARIA JOSEFA MUÑOZ
SERRANO, JOSE HERREROS MAGAN, SERGIO HERREROS ROSILLO Y
MARIA GEMA JIMENEZ HIDALGO 2769
- 587EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN FARMACIAS EN LOS
CENTROS HOSPITALARIOS**
MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ, MARIA JOSEFA MUÑOZ
SERRANO, JOSE HERREROS MAGAN, SERGIO HERREROS ROSILLO Y
MARIA GEMA JIMENEZ HIDALGO 2773
- 588EL CELADOR EN LA MANIPULACIÓN DE CARGAS**
PABLO MARTÍN ESCABIAS, CARLOS JESUS CARMONA HIDALGO Y
JORGE FRANCISCO MARTÍN MAZA 2777

- 589EL CALEFACTOR SANITARIO EN EL SERVICIO DE LA LAVANDERIA DE UN HOSPITAL**
ANTONIO RUIZ ESCUDERO, FRANCISCO GONZALEZ TEBAR,
FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ Y
ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO 2781
- 590EL CALEFACTOR Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DE UN HOSPITAL**
ANTONIO RUIZ ESCUDERO, FRANCISCO GONZALEZ TEBAR,
FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ Y
ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO 2785
- 591EL PINCHE DE COCINA EN LA CINTA DE EMPLATADO**
ELENA MARTÍNEZ BENITO, PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO
GARZÁS, CRISTINA CAMARENA CRIADO, MONICA GARCIA RUBIO
Y MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO CAÑADILLA 2789
- 592EL PINCHE DE COCICNA EN LA RESTAURACIÓN HOSPITALARIA. LA DIETA BASAL Y LAS DIETAS TERAPÉUTICAS**
ELENA MARTÍNEZ BENITO, MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO
CAÑADILLA, CRISTINA CAMARENA CRIADO, PURIFICACIÓN DÍAZ
DEL CAMPO GARZÁS Y MONICA GARCIA RUBIO 2793
- 593EL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE TEXTURAS. LA DIETA DE DISFAGIA**
ELENA MARTÍNEZ BENITO, MONICA GARCIA RUBIO, MARÍA DE
LA SIERRA CAMACHO CAÑADILLA, CRISTINA CAMARENA
CRIADO Y PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS 2797
- 594EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE AGENDAS DEL ÁMBITO SANITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA**
LAURA MONTERO MARTÍNEZ, CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO
Y Mª DEL PILAR CORTES MENDOZA 2801
- 595LA INFLUENCIA DEL CELADOR EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES HOSPITALARIAS**
NOHEMI GARCIA FUENTES, RAUL MARIN RAMIREZ, FELIX
MARTIN-NIETO MORENO, RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ Y PLACIDO
FERNÁNDEZ GÁMEZ 2805

- 596EL CELADOR Y SU PAPEL EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA**
JUANA DUQUE DUQUE, REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA, MARÍA
DOLORES ALMENDRAL TOMÉ, JONATAN VICENTE BARROSO Y
GLORIA PANIAGUA LEAL 2809
- 597EL CELADOR Y SU PAPEL EN EL SERVICIO DE PARITORIO**
JUANA DUQUE DUQUE, REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA, MARÍA
DOLORES ALMENDRAL TOMÉ, JONATAN VICENTE BARROSO Y
GLORIA PANIAGUA LEAL 2813
- 598EL CELADOR EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN**
JUANA DUQUE DUQUE, REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA, MARÍA
DOLORES ALMENDRAL TOMÉ, JONATAN VICENTE BARROSO Y
GLORIA PANIAGUA LEAL 2817
- 599LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO**
NEREA CABALLERO CALERO, TAMARA OLIVA LEÓN, JOSE LUIS
MARTINEZ GOMEZ, DAVID FUENTES FERNANDEZ Y MOHAMED EL
AZZOUZI NASSIRI 2821
- 600LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR DE LOS CELADORES**
NOHEMI GARCIA FUENTES, RAUL MARIN RAMIREZ, FELIX
MARTIN-NIETO MORENO, PLACIDO FERNÁNDEZ GÁMEZ Y
RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ 2831
- 601EL PAPEL DEL CELADOR EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**
NOHEMI GARCIA FUENTES, PLACIDO FERNÁNDEZ GÁMEZ, RAUL
MARIN RAMIREZ, FELIX MARTIN-NIETO MORENO Y RAQUEL
GONZÁLEZ RUIZ 2835
- 602TRATAMIENTO DE LA ROPA SUCIA EN EL SERVICIO DE
LAVANDERIA Y PLANCHA**
YOLANDA BARBERO CAÑADAS, MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO
BARBA, MARIA DOLORES ALFARO CUERDA, ALMUDENA
GALINDO GARVI Y ANDREA BARBERO CAÑADAS 2839
- 603DIVERSIDAD CULTURAL EN LA ATENCIÓN A PACIENTES POR
CELADORES HOSPITALARIOS**
JADILLA MOHAMED ABDESELAM 2843

- 604EL CELADOR Y LOS PACIENTES GERIÁTRICOS**
ANDREA MÁRQUEZ RAMÍREZ 2847
- 605EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA COMO CONTENEDOR DE LA INTIMIDAD DE LOS PACIENTES**
SUSANA OCHOA GUIJARRO, MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ, ANA MARIA PATO DE PABLO, MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN Y MARIA JOSE ROMERO PEREZ 2851
- 606EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RESPONDE A PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE APORTACIÓN FARMACEÚTICA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA**
SUSANA OCHOA GUIJARRO, MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ, ANA MARIA PATO DE PABLO, MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN Y MARIA JOSE ROMERO PEREZ 2855
- 607EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA PETICIÓN DE AMBULANCIA PARA EL TRASLADO DE PACIENTES EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA**
SUSANA OCHOA GUIJARRO, MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ, ANA MARIA PATO DE PABLO, MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN Y MARIA JOSE ROMERO PEREZ 2859
- 608SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHA. PROCESOS DE LAVADO Y DESINFECCIÓN DE LA ROPA HOSPITALARIA**
YOLANDA BARBERO CAÑADAS, MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA, MARIA DOLORES ALFARO CUERDA, ALMUDENA GALINDO GARVI Y ANDREA BARBERO CAÑADAS 2863
- 609EL CELADOR ANTE EL PACIENTE FALLECIDO Y SUS FUNCIONES EN EL MORTUORIO**
JAVIER SANCHEZ CASTELLANOS Y BELEN MAÑAS SÁNCHEZ 2867
- 610 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO**
LAURA NAVARRO BALLESTEROS, ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS, MARIA COTILLAS GUERRERO Y CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO 2871

- 611 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA DE CIRUGÍA**
LAURA NAVARRO BALLESTEROS, MARIA COTILLAS GUERRERO,
CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO Y ADRIANA NAVARRO
BALLESTEROS 2877
- 612 EL CELADOR Y EL PACIENTE GERIÁTRICO**
MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO, FRANCISCO JAVIER
GONZÁLEZ LÓPEZ, MARÍA DEL MILAGRO GALLEGO CASTILLA,
RUBÉN SANTACRUZ GALLEGO Y LUCIA GONZALEZ ROMAN
FERNANDEZ CAÑADAS 2883
- 613 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LAS RECLAMACIONES DE LOS PACIENTES EN LOS HOSPITALES**
LORENA SORIANO ALARCON, MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ,
BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ Y ADRIANA INMACULADA
MARTIN PALOMINO GONZALEZ 2889
- 614 LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL**
LORENA SORIANO ALARCON, MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ,
BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ Y ADRIANA INMACULADA
MARTIN PALOMINO GONZALEZ 2893
- 615 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL USO DE LOS SISTEMAS INFORMÁTICOS EN LOS HOSPITALES**
LORENA SORIANO ALARCON, MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ,
BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ Y ADRIANA INMACULADA
MARTIN PALOMINO GONZALEZ 2897
- 616 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA**
JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ, JUAN PRUAÑO, NOELIA
ESCALONILLA, RAFAEL DE LA TORRE BUENO Y MIGUEL ANGEL DE
GRACIA MARTIN 2901

- 617 LAS FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL SERVICIO DEL LABORATORIO**
JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ, JUAN PRUAÑO, NOELIA ESCALONILLA, RAFAEL DE LA TORRE BUENO Y MIGUEL ANGEL DE GRACIA MARTIN 2907
- 618 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA**
JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ, JUAN PRUAÑO, NOELIA ESCALONILLA, RAFAEL DE LA TORRE BUENO Y MIGUEL ANGEL DE GRACIA MARTIN 2911
- 619 EL CELADOR Y SU LABOR EN EL QUIRÓFANO**
FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ, MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO, RUBÉN SANTACRUZ GALLEGO, MARÍA DEL MILAGRO GALLEGO CASTILLA Y LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS 2915
- 620 EL CELADOR Y SU LABOR EN PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN**
MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO, FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ, MARÍA DEL MILAGRO GALLEGO CASTILLA, RUBÉN SANTACRUZ GALLEGO Y LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS 2921
- 621 EL CELADOR Y LAS TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN E INMOVILIZACIÓN CON Y SIN MATERIAL**
MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO, FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ, MARÍA DEL MILAGRO GALLEGO CASTILLA, RUBÉN SANTACRUZ GALLEGO Y LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS 2927
- 622 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA HISTORIA CLÍNICA: FUNCIONES Y USO CORRECTO**
MARIA COTILLAS GUERRERO, CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO, LAURA NAVARRO BALLESTEROS Y ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS 2931

- 623 EL CELADOR DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA
EVACUANTE A UN PACIENTE HOSPITALIZADO.
LATERALIZACIÓN DEL PACIENTE HACIA EL DECÚBITO LATERAL
IZQUIERDO**
VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ, NURIA GARCÍA GARRIDO,
VICENTE GARCIA MARTÍNEZ, VICENTE GARCÍA GARRIDO Y
CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA 2937
- 624 FUNCIONES DEL CELADOR EN UNA PLANTA DE
HOSPITALIZACIÓN**
RUBÉN RUIZ ESTEBAN, MARÍA DEL CARMEN MORALEDA
NUÑEZ-CACHO, FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GARCÍA, MARIA DEL
CARMEN SANCHEZ MORALES Y FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ 2941
- 625 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO**
RUBÉN RUIZ ESTEBAN, MARÍA DEL CARMEN MORALEDA
NUÑEZ-CACHO, FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GARCÍA, MARIA DEL
CARMEN SANCHEZ MORALES Y FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ 2945
- 626 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
RUBÉN RUIZ ESTEBAN, MARÍA DEL CARMEN MORALEDA
NUÑEZ-CACHO, FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GARCÍA, MARIA DEL
CARMEN SANCHEZ MORALES Y FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ 2949
- 627 EL CALEFACTOR Y LA CENTRAL TÉRMICA DE UN HOSPITAL**
ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO, ANTONIO RUIZ ESCUDERO,
FRANCISCO GONZALEZ TEBAR, FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA Y
ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ 2953
- 628 PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA. LOS ALIMENTOS Y LA
OXIDACIÓN DE LOS LÍPIDOS**
MERCEDES LOPEZ TEBAR, SALVADOR PALAZON VALCARCEL,
NIEVES HENARES ROSA Y CRISTINA SANCHEZ LOPEZ 2957
- 629 EL CONOCIMIENTO DEL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA
SOBRE LA COMPOSICIÓN DEL PESCADO**
MERCEDES LOPEZ TEBAR, SALVADOR PALAZON VALCARCEL,
NIEVES HENARES ROSA Y CRISTINA SANCHEZ LOPEZ 2961

- 630 PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA ALTERACIONES DEL COLOR
EN LOS ALIMENTOS**
MERCEDES LOPEZ TEBAR 2965
- 631 ROPA LIMPIA: MANIPULACIÓN, TRANSPORTE Y
ALMACENAMIENTO EN EL SERVICIO DE LAVANDERIA Y
PLANCHA**
YOLANDA BARBERO CAÑADAS, MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO
BARBA, MARIA DOLORES ALFARO CUERDA, ALMUDENA
GALINDO GARVI Y ANDREA BARBERO CAÑADAS 2969
- 632 EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN EN LA MANIPULACIÓN Y
TRANSPORTE DE MUESTRAS MÉDICAS DE LOS PACIENTES**
MANUEL INOCENCIO MORALES, ENCARNACION PATERNA SERNA,
BEATRIZ MARÍN GARCÍA, MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ Y
LLANOS LANDETE LOPEZ 2973
- 633 LAS FUNCIONES DE UN CELADOR EN EL ANIMALARIO**
MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ, LLANOS LANDETE LOPEZ,
MANUEL INOCENCIO MORALES, ENCARNACION PATERNA SERNA
Y BEATRIZ MARÍN GARCÍA 2977
- 634 LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE
REHABILITACIÓN: TRASLADO DE LOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS AL GIMNASIO DEL CENTRO HOSPITALARIO**
VICENTE GARCIA MARTÍNEZ, VICENTE GARCÍA GARRIDO,
CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA, VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ Y
NURIA GARCÍA GARRIDO 2981
- 635 EL CELADOR DE REFUERZO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS.
LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DEL REFUERZO CON EL RESTO
DE LAS CATEGORÍAS PROFESIONALES**
VICENTE GARCIA MARTÍNEZ, VICENTE GARCÍA GARRIDO,
CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA, VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ Y
NURIA GARCÍA GARRIDO 2985

- 636EL CELADOR Y SUS COMPETENCIAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
LLANOS LANDETE LOPEZ, MANUEL INOCENCIO MORALES,
ENCARNACION PATERNA SERNA, BEATRIZ MARÍN GARCÍA Y
MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ 2989
- 637LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LA INSTITUCIONES SANITARIAS**
NURIA JIMÉNEZ DÍAZ, DAVID MUÑOZ DEL OLMO, JESUS MUÑOZ
DEL OLMO, MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ Y ROCIO LIMON
RUIZ 2993
- 638LAS FUNIONES DEL CELADOR EN LA ZONA DE INVESTIGACIÓN ANIMAL DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
NURIA JIMÉNEZ DÍAZ, DAVID MUÑOZ DEL OLMO, JESUS MUÑOZ
DEL OLMO, MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ Y ROCIO LIMON
RUIZ 2997
- 639EL CELADOR Y SU PROCESO EN EL ÁREA QUIRÚRGICA**
NURIA JIMÉNEZ DÍAZ, DAVID MUÑOZ DEL OLMO, JESUS MUÑOZ
DEL OLMO, MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ Y ROCIO LIMON
RUIZ 3001
- 640AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO DE SALUD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. RIESGOS DERIVADOS DEL TRABAJO A TURNOS**
TERESA JAREÑO ROMERA, MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO Y M
ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO 3005
- 641EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA DIVISIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS**
MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO, M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO
Y TERESA JAREÑO ROMERA 3009
- 642EL PLANCHADOR/A Y LA ORGANIZACIÓN DE LA ZONA DE PLANCHADO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ Y MARIA DEL ROSARIO
ATIENZAR PEREZ 3013

- 643EL PLANCHADOR/A DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LA CORRECTA CONSERVACIÓN DE LAS PRENDA DE LOS HOSPITALES.**
MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ 3017
- 644ATENCIÓN TELEFÓNICA EN LOS CENTROS DE SALUD POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MERCEDES GARCÍA GARCÍA, VERÓNICA PÉREZ ORTIZ, MARÍA TERESA GARCIA JIMENEZ, JOSEFA COUQUE MOTILLA Y MARIA JOSE MORA CEREZO 3021
- 645LA ASERTIVIDAD CON EL PACIENTE DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MERCEDES GARCÍA GARCÍA, VERÓNICA PÉREZ ORTIZ, MARÍA TERESA GARCIA JIMENEZ, JOSEFA COUQUE MOTILLA Y MARIA JOSE MORA CEREZO 3025
- 646RIESGOS PSICOSOCIALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN CENTROS SANITARIOS**
MERCEDES GARCÍA GARCÍA, MARÍA TERESA GARCIA JIMENEZ, VERÓNICA PÉREZ ORTIZ, JOSEFA COUQUE MOTILLA Y MARIA JOSE MORA CEREZO 3029
- 647MANEJO Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS POR PARTE DEL CELADOR**
LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN, RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ Y MARÍA CELIBERTI RIBERA 3033
- 648PRINCIPALES FUNCIONES DEL MECÁNICO EN LOS SISTEMAS DE VENTILACIÓN.**
ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO, CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ Y RAFAEL LARA BARBERÁ 3037
- 649EL MECÁNICO Y LAS VALVULAS Y BOMBONAS CON PROTÓXIDO DE NITRÓGENO**
ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO, CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ, RAFAEL LARA BARBERÁ, JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ Y ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ 3041

- 650EL MECÁNICO COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y EL ARREGLO DE UNA GRÚA O ELEVADOR HOSPITALARIO**
ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO, CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ Y RAFAEL LARA BARBERÁ 3045
- 651SECRETARIO CLÍNICO: APOYO ADMINISTRATIVO Y GESTIÓN DE AGENDAS EN CLÍNICAS Y HOSPITALES POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
LORENA DUARTE SÁNCHEZ, JORGE VARELA GUERRA, YAMILA MOHAMED MOHAMED, MARÍA DOLORES VARGAS MELLADO Y MARILINI DELGADO MEJIA 3049
- 652ORGANIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y DOCUMENTACIÓN POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
LORENA DUARTE SÁNCHEZ, JORGE VARELA GUERRA, YAMILA MOHAMED MOHAMED, MARÍA DOLORES VARGAS MELLADO Y MARILINI DELGADO MEJIA 3055
- 653ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE PÓLIZAS DE SEGUROS MÉDICOS**
MARÍA ESTHER VAELO PAÑOS, TERESA BLANCO ROMERO, JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA, MARIA DEL MAR PALENCIA RICO Y BELÉN LOSA MARTÍNEZ 3059
- 654LA LEY 41/2002, DE 14 DE NOVIEMBRE, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA: LA HISTORIA CLÍNICA. GESTION DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARÍA ESTHER VAELO PAÑOS, TERESA BLANCO ROMERO, JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA, MARIA DEL MAR PALENCIA RICO Y BELÉN LOSA MARTÍNEZ 3063
- 655IMPACTO DE LA TELEMEDICINA EN LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS DE AUXILIARES EN SALUD.**
MARÍA ESTHER VAELO PAÑOS, TERESA BLANCO ROMERO, JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA, MARIA DEL MAR PALENCIA RICO Y BELÉN LOSA MARTÍNEZ 3069

- 656EL TRATO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON EL USUARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA**
JUAN BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA, GEMA MORALES GÓMEZ, ULISES ROMERO VERGARA, GLORIA HERNANDEZ TOMAS Y FRANCISCA BOTIJA GARRIDO **3073**
- 657EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA CALIDAD EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS**
JUAN BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA, GEMA MORALES GÓMEZ, ULISES ROMERO VERGARA, GLORIA HERNANDEZ TOMAS Y FRANCISCA BOTIJA GARRIDO **3077**
- 658EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS SUMINISTROS EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS**
JUAN BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA, GEMA MORALES GÓMEZ, ULISES ROMERO VERGARA, GLORIA HERNANDEZ TOMAS Y FRANCISCA BOTIJA GARRIDO **3083**
- 659EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN GENERAL DE CENTROS HOSPITALARIOS**
M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO, MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO Y TERESA JAREÑO ROMERA **3089**
- 660LAS FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA**
BARBARO GONZALEZ MARTINEZ, LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE, MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO, RAMON QUINTANILLA OLMEDO Y JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ **3095**
- 661LAS MUESTRAS BIOLÓGICAS Y SU TRASLADO POR PARTE DEL CELADOR**
BARBARO GONZALEZ MARTINEZ, LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE, MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO, RAMON QUINTANILLA OLMEDO Y JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ **3099**

- 662 EL TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS**
BARBARO GONZALEZ MARTINEZ, LUIS MIGUEL CRUZ
MARCHANTE, MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO, RAMON
QUINTANILLA OLMEDO Y JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ 3103
- 663 EL CELADOR Y EL ENFERMO MENTAL. ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA**
RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ, LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN Y
MARÍA CELIBERTI RIBERA 3107
- 664 ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UNA EMERGENCIA. EVACUACIÓN DEL CENTRO SANITARIO**
MARÍA CELIBERTI RIBERA, RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ Y
LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN 3113
- 665 COLABORACIÓN Y ASISTENCIA DEL CELADOR EN LA PLANTA DE CIRUGÍA**
ALBERTO CARLOS MOLINA ORTEGA, MARIO PALOMARES
JIMENEZ, FERNANDO LIZANO FERNANDEZ, MIGUEL ANGEL VELA
SANTOS Y MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ 3121
- 666 ACTUACIONES DEL CELADOR EN EL REPARTO DE MATERIAL SANITARIO**
ALBERTO CARLOS MOLINA ORTEGA, MARIO PALOMARES
JIMENEZ, FERNANDO LIZANO FERNANDEZ, MIGUEL ANGEL VELA
SANTOS Y MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ 3125
- 667 EL USO DE INSTRUMENTOS DE MOVILIZACIÓN POR PARTE DEL CELADOR**
ALBERTO CARLOS MOLINA ORTEGA, MARIO PALOMARES
JIMENEZ, FERNANDO LIZANO FERNANDEZ, MIGUEL ANGEL VELA
SANTOS Y MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ 3129
- 668 GUARDIANES DEL CIELO: EL ROL DE LOS CELADORES EN EL HELIPUERTO HOSPITALARIO**
ANA BELEN MARTIN DIAZ, ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ, MARIA
JOSE SANCHEZ TOMAS, ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN Y
MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA 3133

- 669 PROTECTORES DE LA DIGNIDAD: EL PAPEL DE LOS CELADORES EN EL MORTUORIO HOSPITALARIO**
ANA BELEN MARTIN DIAZ, ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ, MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS, ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN Y MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA 3139
- 670 LOS CELADORES EN LAS UNIDADES DE QUEMADO: CUIDADO Y APOYO EN LA RECUPERACIÓN**
ANA BELEN MARTIN DIAZ, ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN, ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ, MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS Y MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA 3145
- 671 ABORDANDO LA PROBLEMÁTICA DE LAS AGRESIONES HACIA LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS SANITARIOS**
CRISTINA REDRUEJO MORA, LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES, ELENA ROMERO ROMERO, MARÍA ISABEL CABAÑAS MORENO Y MIRIAM CABAÑAS MORENO 3151
- 672 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN**
CRISTINA REDRUEJO MORA, ELENA ROMERO ROMERO, LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES, MIRIAM CABAÑAS MORENO Y MARÍA ISABEL CABAÑAS MORENO 3155
- 673 MEJORAS ERGONÓMICAS ESENCIALES PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS**
CRISTINA REDRUEJO MORA, MARÍA ISABEL CABAÑAS MORENO, MIRIAM CABAÑAS MORENO, LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES Y ELENA ROMERO ROMERO 3159
- 674 EL CALEFACTOR Y SUS FUNCIONES EN LA CENTRAL TÉRMICA DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ, JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA, JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ, FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA Y FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR 3163

- 675 EL CALEFACTOR Y LA TERMIDINÁMICA: FUNCIÓN DE LAS BOMBAS DE CALOR**
JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ, JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ, JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA, FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR Y FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA 3167
- 676 EL CALEFACTOR Y LAS PISCINAS DE REHABILITACIÓN : PRINCIPALES FUNCIONES EN EL ARREGLO**
JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ, JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA, JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ, FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR Y FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA 3171
- 677 FUNCIONES DEL CELADOR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**
RUBÉN RUIZ ESTEBAN, MARÍA DEL CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO, FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GARCÍA, MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MORALES Y FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ 3175
- 678 FUNCIONES DEL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS**
JESÚS MARTÍNEZ DE LAMO 3179
- 679 EL CELADOR COMO PROFESIONAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO**
MARÍA DEL RIVERO ARTIME 3183
- 680 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
CRISTINA MORENO CUESTAS, JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO, ANTONIO GARCIA TOMAS, DAVID SÁNCHEZ GARCÍA Y IZASKU RODRIGUEZ CUESTA 3187
- 681 FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE ARCHIVO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
CRISTINA MORENO CUESTAS, JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO, ANTONIO GARCIA TOMAS, DAVID SÁNCHEZ GARCÍA Y IZASKU RODRIGUEZ CUESTA 3191

682	FUNCIONES DEL CELADOR EN URGENCIAS CRISTINA MORENO CUESTAS, JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO, ANTONIO GARCIA TOMAS, DAVID SÁNCHEZ GARCÍA Y IZASKU RODRIGUEZ CUESTA	3195
683	LA ELECTRICIDAD: SU BUEN USO Y GRAN IMPACTO EN CENTROS HOSPITALARIOS Y HOGARES. ADRIAN GONZALEZ LASSO Y DAVID NAVARRO SAN JULIAN	3199
684	TIPOS DE REDUCCIÓN POR PARTE DEL CELADOR CON PACIENTES DEL ÁREA DE SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL EMILIA MARTÍNEZ GARCÍA	3203
685	EL CELADOR EN EL MANEJO DE LAS GRÚAS COMO ELEMENTO MECÁNICO DE AYUDA EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES LLANOS SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, ISABEL MILAGROS GARCÍA PÉREZ Y DOLORES GIRÓN MOTA	3207
686	SEGURIDAD ELÉCTRICA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI): LA IMPORTANCIA DE LOS ELECTRICISTAS DAVID NAVARRO SAN JULIAN Y ADRIAN GONZALEZ LASSO	3211
687	EL CELADOR Y SU LABOR EN LA ZONA DE PARITORIO DE UN HOSPITAL. MARI CARMEN MUÑOZ DÍAZ, MARCELO DE PAZ MUÑOZ, HÉCTOR GARCÍA GÓMEZ, BORJA LOPEZ ONSURBE Y FROILAN MORA SANTIAGO	3215
688	EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN HOSPITAL MARCELO DE PAZ MUÑOZ, HÉCTOR GARCÍA GÓMEZ, MARI CARMEN MUÑOZ DÍAZ, BORJA LOPEZ ONSURBE Y FROILAN MORA SANTIAGO	3219
689	EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN UNA PLANTA HOSPITALARIA HÉCTOR GARCÍA GÓMEZ, MARI CARMEN MUÑOZ DÍAZ, MARCELO DE PAZ MUÑOZ, BORJA LOPEZ ONSURBE Y FROILAN MORA SANTIAGO	3223

- 690EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO Y SU LABOR
DENTRO DEL SERVICIO DE ADMISIÓN HOSPITALARIA**
CRISTINA PÉREZ PÉREZ, BEATRIZ PEREZ PEREZ, ELENA
TORRALBA FERNÁNDEZ, FRANCISCO AMARILLO GARCÍA Y IVÁN
GONZÁLEZ PIÑERO 3227
- 691LA CONFIDENCIALIDAD Y LA PROTECCIÓN DE DATOS
SANITARIOS SEGÚN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
CRISTINA PÉREZ PÉREZ, IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO, FRANCISCO
AMARILLO GARCÍA, ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ Y BEATRIZ
PEREZ PEREZ 3233
- 692LA RELACIÓN CON EL PACIENTE EN LA ATENCIÓN DE
URGENCIAS SANITARIAS SEGÚN EN AUXILIAR
ADMINISTRATIVO**
CRISTINA PÉREZ PÉREZ, ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ, BEATRIZ
PEREZ PEREZ, IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO Y FRANCISCO AMARILLO
GARCÍA 3239
- 693PROCESOS DE PRODUCCIÓN EN UNA LAVANDERÍA DE ROPA
PARA HOSPITALES**
CRISTINA GARCIA REYES, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE
VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, SANDRA GARCÍA REYES Y
MANUEL GALDÓN GARVÍ 3245
- 694MEDIDAS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN LAVANDERÍAS DE
HOSPITALES**
SANDRA GARCÍA REYES, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE
VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, MANUEL GALDÓN GARVÍ Y
CRISTINA GARCIA REYES 3251
- 695FASES DE PROCESAMIENTO DE ROPA HOSPITALARIA**
SANDRA GARCÍA REYES, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE
VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, MANUEL GALDÓN GARVÍ Y
CRISTINA GARCIA REYES 3259

- 696 ASPECTOS DE GESTIÓN EN LAVANDERÍAS HOSPITALARIAS PARA ROPA LIMPIA**
MANUEL GALDÓN GARVÍ, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, CRISTINA GARCIA REYES Y SANDRA GARCÍA REYES 3265
- 697 SERVICIO DE ROPA EXTERNALIZADO EN LAVANDERÍAS HOSPITALARIAS**
MANUEL GALDÓN GARVÍ, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, SANDRA GARCÍA REYES Y CRISTINA GARCIA REYES 3269
- 698 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORES EN EL SERVICIO DE PLANCHA DE UN CENTRO SANITARIO**
MARÍA ARENAS MOTILLA, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, SANDRA GARCÍA REYES, CRISTINA GARCIA REYES Y VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO 3273
- 699 INTERACCIÓN Y DESAFÍOS DEL SERVICIO DE PLANCHA HOSPITALARIA DURANTE EL COVID-19**
MARÍA ARENAS MOTILLA, CRISTINA GARCIA REYES, SANDRA GARCÍA REYES, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO Y JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS 3279
- 700 EL SISTEMA DE SUMINISTRO Y REPOSICIÓN DE PRENDAS EN EL DEPARTAMENTO DE PLANCHADO DE UN HOSPITAL**
VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, SANDRA GARCÍA REYES, MARÍA ARENAS MOTILLA Y CRISTINA GARCIA REYES 3285
- 701 PROCESO DE PLANCHADO DE TEXTILES EN INSTITUCIONES SANITARIAS**
VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, SANDRA GARCÍA REYES, CRISTINA GARCIA REYES Y MARÍA ARENAS MOTILLA 3291

- 702 ZONAS ORGANIZATIVAS EN EL SERVICIO DE PLANCHADO PERTENECIENTES AL HOSPITAL.**
JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, SANDRA GARCÍA REYES, CRISTINA GARCIA REYES Y MARÍA ARENAS MOTILLA 3295
- 703 VESTIMENTA LABORAL EN EL SERVICIO DE PLANCHADO EN HOSPITALES**
JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, SANDRA GARCÍA REYES, CRISTINA GARCIA REYES Y MARÍA ARENAS MOTILLA 3299
- 704 CONOCIMIENTOS Y ACTUACIONES DEL CELADOR ANTE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA**
VERÓNICA PASTRANA RUIZ, JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA, LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ, ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA Y MARIA ISABEL ARIAS SOTOCA 3305
- 705 EL PAPEL DEL CELADOR Y LOS RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO**
VERÓNICA PASTRANA RUIZ, LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ, JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA, MARIA ISABEL ARIAS SOTOCA Y ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA 3309
- 706 EL PAPEL FUNDAMENTAL DE LOS CELADORES EN ATENCIÓN PRIMARIA: MEJORANDO LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS**
VERÓNICA PASTRANA RUIZ, ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA, MARIA ISABEL ARIAS SOTOCA, JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA Y LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ 3313
- 707 AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: HERRAMIENTAS GRÁFICAS PROPORCIONADAS POR EL SISTEMA GESTOR DE BASES DE DATOS**
EVA MUÑOZ ESPIN 3317
- 708 EL TRABAJO DEL ADMINISTRATIVO SANITARIO Y LAS BASES DE DATOS SANITARIAS Y LOS GESTORES DE DATOS**
BIANCA ANCUTA PUSCAS, CRISTINA RUIZ SORIA Y BEATRIZ CERCEDA LORENZANA 3321

- 709 EL DESEMPEÑO ADMINISTRATIVO EN ADMISIÓN HOSPITALARIA
Y EL TRABAJO DEL ADMINISTRATIVO SANITARIO**
CRISTINA RUIZ SORIA, BEATRIZ CERCEDA LORENZANA Y BIANCA
ANCUTA PUSCAS 3327
- 710 EL ADMINISTRATIVO SANITARIO Y LA GESTIÓN DE LA AGENDA
MÉDICA Y LA ADMINISTRACIÓN DE CITAS**
BEATRIZ CERCEDA LORENZANA, BIANCA ANCUTA PUSCAS Y
CRISTINA RUIZ SORIA 3331
- 711 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: LIMPIEZA Y
DESINFECCIÓN**
ALICIA SÁNCHEZ LLANOS, FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ,
MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO, MARÍA CONCEPCIÓN
GARCIA-HERAS Y ELENA SÁNCHEZ LLANOS 3335
- 712 LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO ENTRE CELADORES
Y PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL ENTORNO
HOSPITALARIO**
ENCARNA LOPEZ CABALLERO, RAÚL MARTÍN GARCÍA, MARÍA
DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS, MARÍA BERNARDA DOMENECH
BUELE Y ELENA SÁNCHEZ LLANOS 3339
- 713 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: ZONA DE EMPLATADO**
ALICIA SÁNCHEZ LLANOS, FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ,
MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO, MARÍA CONCEPCIÓN
GARCIA-HERAS Y ELENA SÁNCHEZ LLANOS 3343
- 714 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: LABOR DE LIMPIEZA DE
CARROS ISOTÉRMICOS**
ALICIA SÁNCHEZ LLANOS, FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ,
MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO, MARÍA CONCEPCIÓN
GARCIA-HERAS Y ELENA SÁNCHEZ LLANOS 3347
- 715 EL CELADOR: TIPOS DISTINTOS DE CELADOR EN UN COMPLEJO
HOSPITALARIO**
JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ, ALICIA SÁNCHEZ LLANOS,
FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ, MARÍA SOLEDAD RUIZ
MOLERO Y MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS 3351

- 716 EL CELADOR: LA NECROFOBIA Y OTROS RIESGOS PSICOLÓGICOS EN SU LABOR**
JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ, ALICIA SÁNCHEZ LLANOS,
FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ, MARÍA SOLEDAD RUIZ
MOLERO Y MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS 3355
- 717 EL CELADOR HOSPITALARIO: EL TRATO CON EL PACIENTE**
MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS, JOSE ANDRES BRAVO
FERNANDEZ, FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ, MARÍA SOLEDAD
RUIZ MOLERO Y ALICIA SÁNCHEZ LLANOS 3359
- 718 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: LABOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
ELENA GALÁN MORANTE, ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ,
FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ, EVA MARIA LOBATO DIAZ Y
ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS 3363
- 719 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO Y EL USUARIO/PACIENTE CONFLICTIVO**
ELENA GALÁN MORANTE, ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ,
FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ, EVA MARIA LOBATO DIAZ Y
ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS 3367
- 720 EL CELADOR HOSPITALARIO: PUNCIÓN ACCIDENTAL**
MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS, ELENA SÁNCHEZ
LLANOS, RAÚL MARTÍN GARCÍA, ENCARNA LOPEZ CABALLERO Y
MARÍA BERNARDA DOMENECH BUELE 3371
- 721 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO, SU OBLIGACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD. LEYES, SANCIONES Y PENAS**
ELENA GALÁN MORANTE, ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ,
FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ, EVA MARIA LOBATO DIAZ Y
ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS 3375
- 722 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE TRASPLANTADO**
ANA SONIA FERNÁNDEZ MOLPECERES 3379
- 723 EL CELADOR: FUNCIONES DE VIGILANCIA**
DANIEL RODRIGUEZ ORDIZ 3383

- 724 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE SUMINISTROS: SECCIÓN DE ALMACÉN**
CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ, MARIA PILAR GOMEZ MARTIN, CRISTINA MORA GALÁN, CORNELIA ANA BISU Y MARTA YOUSRI VÁZQUEZ 3387
- 725 LA ACTIVIDAD COMO FIGURA DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**
CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ, MARIA PILAR GOMEZ MARTIN, CRISTINA MORA GALÁN, CORNELIA ANA BISU Y MARTA YOUSRI VÁZQUEZ 3391
- 726 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA**
CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ, MARIA PILAR GOMEZ MARTIN, CRISTINA MORA GALÁN, CORNELIA ANA BISU Y MARTA YOUSRI VÁZQUEZ 3395
- 727 LAS MUJERES PARTURIENTAS Y LAS FUNCIONES MAS IMPORTANTES DEL CELADOR**
DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN, RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ, CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES, YOANA DÍAZ ROMERO Y ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ 3399
- 728 INFLUENCIA DEL CELADOR EN EL BIENESTAR DEL PACIENTE TERMINAL**
ROSA MARIA VAZQUEZ JIMENEZ Y JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO 3403
- 729 EL CELADOR EN LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS**
ROSA MARIA VAZQUEZ JIMENEZ Y JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO 3407
- 730 MINDFULNESS Y MEDITACIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO**
ROSA MARIA VAZQUEZ JIMENEZ Y JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO 3411
- 731 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA**
CRISTINA GALAN SANANDRES, MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO, DIANA AZCARAY GÓMEZ, MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS Y ELIA GIJON GARCIA 3415

- 732 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL
ÁREA DE CIRUGÍA MENOR SIN INGRESO HOSPITALARIO**
CRISTINA GALAN SANANDRES, MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO,
DIANA AZCARAY GÓMEZ, MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS Y ELIA
GIJON GARCIA 3419
- 733 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL
ÁREA DE RADIODIAGNÓSTICO EN ESPECIALIZADA**
CRISTINA GALAN SANANDRES, MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO,
DIANA AZCARAY GÓMEZ, MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS Y ELIA
GIJON GARCIA 3423
- 734 TUNEL CARPIANO EN EL PERSONAL SANITARIO**
SONIA ABAD CORTES 3427
- 735 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN
PEDIATRIA**
VICTOR MOLINA SUAREZ, MARÍA LOZANO LÓPEZ, CRISTINA
GAHETE PAREJA, M.SOLEDADE GOMEZ GONZÁLEZ Y ROCIO
GARCIA PUNZANO 3431
- 736 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LA
ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA ORAL**
VICTOR MOLINA SUAREZ, MARÍA LOZANO LÓPEZ, CRISTINA
GAHETE PAREJA, M.SOLEDADE GOMEZ GONZÁLEZ Y ROCIO
GARCIA PUNZANO 3435
- 737 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERIA EN LA ENFERMEDAD DE LA PIEL ATÓPICA**
VICTOR MOLINA SUAREZ, MARÍA LOZANO LÓPEZ, CRISTINA
GAHETE PAREJA, M.SOLEDADE GOMEZ GONZÁLEZ Y ROCIO
GARCIA PUNZANO 3439
- 738 EL CELADOR EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y LOS POSIBLES
RIESGOS PSICOLÓGICOS DEBIDO A SU LABOR**
JOSÉ MANUEL MORA FERNÁNDEZ, MARIA DEL CARMEN MESA
CASTRO, MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ, ALEJANDRO MORALES
HERNÁNDEZ Y ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ 3443

- 739 EL CELADOR HOSPITALARIO Y LA IMPORTANCIA DE ESTAR FORMADO EN PRIMEROS AUXILIOS**
MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ, JOSÉ MANUEL MORA FERNÁNDEZ, MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO, ALEJANDRO MORALES HERNÁNDEZ Y ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ 3447
- 740 CELADOR EN EL HOSPITAL: COORDINACIÓN Y TRABAJO EN EQUIPO**
MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO, ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ, ALEJANDRO MORALES HERNÁNDEZ, JOSÉ MANUEL MORA FERNÁNDEZ Y MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ 3451
- 741 TÉCNICO DE RAYOS Y LA REALIZACIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA PERIAPICAL**
MARTA PIRE SOLAUN, PAULA BURGALETA VÁZQUEZ, LAURA LÓPEZ ESCRIBANO, PAULA CEA MARTINEZ Y SARA LAZARO LOPEZ 3455
- 742 TURNICIDAD NOCTURNA Y ALTERACIONES ALIMENTARIAS EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL**
ARÁNZAZU GONZÁLEZ ZAPICO, MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ ALONSO, LAURA LLERA DIAZ, LILIANA LÓPEZ PASTOR Y MARGARITA GÓMEZ FERNÁNDEZ 3459
- 743 EL CELADOR HOSPITALARIO Y LAS POSIBLES CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEBIDO A SU LABOR**
ELENA GALÁN MORANTE, ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ, EVA MARIA LOBATO DIAZ Y ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS 3465
- 744 EL TELEFONISTA: CONSECUENCIAS DE SU LABOR DURANTE LA PANDEMIA**
EVA MARIA LOBATO DIAZ, ELENA GALÁN MORANTE, FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ, ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS Y ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ 3469

- 745 EL CELADOR HOSPITALARIO: DIFERENTES TIPOS DE CAMAS QUE EXISTEN EN UN HOSPITAL**
SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA, MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ, MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN, DOMENICA AUDITORE BRICHETE Y ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA 3473
- 746 EL ROL DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS: UN PILAR ESENCIAL EN LA ATENCIÓN MÉDICA**
MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN, ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA, DOMENICA AUDITORE BRICHETE, SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA Y MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ 3477
- 747 EL CELADOR HOSPITALARIO Y SU LABOR EN EL ASEO PERSONAL DE LOS PACIENTES**
DOMENICA AUDITORE BRICHETE, MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ, MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN, ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA Y SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA 3481
- 748 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CASO DE DISFAGEA OROFARÍNGEA**
MARTA ROJAS CAÑAS 3485
- 749 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN PEDIATRÍA**
LARA ALVAREZ ALCAIDE, MONICA NAVARRO AGUILERA, MARTA ORTEGA GOMEZ, ÁLVARO CASTILLO ORTEGA Y ELENA ORTEGA GOMEZ 3489
- 750 LA HISTORIA CLÍNICA Y SU GESTION POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
LARA ALVAREZ ALCAIDE, MONICA NAVARRO AGUILERA, MARTA ORTEGA GOMEZ, ÁLVARO CASTILLO ORTEGA Y ELENA ORTEGA GOMEZ 3493
- 751 DERECHO DE ACCESO, RECTIFICACIÓN Y SUSPENSIÓN DE LOS PACIENTES PARA AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
LARA ALVAREZ ALCAIDE, MONICA NAVARRO AGUILERA, MARTA ORTEGA GOMEZ, ÁLVARO CASTILLO ORTEGA Y ELENA ORTEGA GOMEZ 3497

- 752 ASEO DEL GRAN QUEMADO POR EL CELADOR**
RAUL MARTIN CARO CUDERO, MARTA ALANIS AVILA, CRISTINA CAMINO MUÑOZ, MIGUEL ANGEL ASPERILLA LOPEZ Y NATALIA MARCOS GÓMEZ 3501
- 753 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE QUEMADOS**
TAMARA CARRILLO LÓPEZ, ARACELI CARVAJAL TANTE, SONIA CORROCHANO GARRIDO, CRISTINA REQUENA MARTINEZ Y NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ 3505
- 754 LA IMPORTANCIA DE LA FUNCIÓN DEL TCAE EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE CON ICTUS**
TAMARA CARRILLO LÓPEZ, ARACELI CARVAJAL TANTE, SONIA CORROCHANO GARRIDO, CRISTINA REQUENA MARTINEZ Y NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ 3511
- 755 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL PRELIMINAR DEL RESPIRADOR**
TAMARA CARRILLO LÓPEZ, ARACELI CARVAJAL TANTE, SONIA CORROCHANO GARRIDO, CRISTINA REQUENA MARTINEZ Y NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ 3515
- 756 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ALMACÉN DEL CENTRO HOSPITALARIO**
VIRGINIA CUERDA CANO, MIGUEL SORIA TORRALBA, ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ, MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO Y CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES 3519
- 757 TAREA DEL CELADOR EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA**
VIRGINIA CUERDA CANO, MIGUEL SORIA TORRALBA, ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ, MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO Y CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES 3523
- 758 EL CELADOR EN RELACIÓN CON MOVILIDAD Y TRASLADOS DE PACIENTES**
VIRGINIA CUERDA CANO, MIGUEL SORIA TORRALBA, ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ, MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO Y CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES 3527

759 ESCLEROSIS MÚLTIPLE

FATIMA ZOHRA ABDESELAM CHAIRI, SUAD KABOR MOHAMED Y
FATIMA SOHORA LAACHIRI MOHAMED

3531

**760 ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO CON POLITRAUMATISMO POR
EL CELADOR**

RAUL MARTIN CARO CUDERO, MARTA ALANIS AVILA, CRISTINA
CAMINO MUÑOZ, MIGUEL ANGEL ASPERILLA LOPEZ Y NATALIA
MARCOS GÓMEZ

3539

**761 ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO CON PARÁLISIS CEREBRAL EN
GRADO SEVERO POR EL CELADOR**

RAUL MARTIN CARO CUDERO, MARTA ALANIS AVILA, CRISTINA
CAMINO MUÑOZ, MIGUEL ANGEL ASPERILLA LOPEZ Y NATALIA
MARCOS GÓMEZ

3543

**762 ESTUDIO DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA EN ENTORNOS
HOSPITALARIOS A CARGO DEL PINCHE DE COCINA**

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ, VICTOR SERRANO SIMON,
MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA, MARIA DOLORES TORIJA
BARRAGAN Y ANTONIA FERNANDEZ BELLON

3549

**763 HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL USO DEL PINCHE DE COCINA EN
ENTORNOS HOSPITALARIOS**

MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA, ANTONIA FERNANDEZ BELLON,
VICTOR SERRANO SIMON, CARMEN JIMENEZ MARTINEZ Y MARIA
DOLORES TORIJA BARRAGAN

3553

**764 FUNCIONES QUE DESARROLLA EL PINCHE DE COCINA EN EL
CUARTO DE PESCADO DE UNA COCINA DENTRO DEL ÁMBITO
HOSPITALARIO**

FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ, MARÍA DOLORES GARCÍA
CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA, VERONICA DONOSO CONDE,
ROSA MARIA BRAVO LOPEZ Y MARÍA DEL CARMEN BURGOS
BASTANTE

3557

- 765 FUNCIONES QUE DESARROLLA EL PINCHE DE COCINA EN EL CUARTO DE CARNE DE UNA COCINA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.**
FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ, MARÍA DOLORES GARCÍA CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA, ROSA MARIA BRAVO LOPEZ, VERONICA DONOSO CONDE Y MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE 3561
- 766 ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA EL PINCHE DE COCINA EN EL CUARTO DE VERDURAS Y HORTALIZAS DE UNA COCINA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ, MARÍA DOLORES GARCÍA CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA, VERONICA DONOSO CONDE, ROSA MARIA BRAVO LOPEZ Y MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE 3565
- 767 CELADOR EN ALMACÉN HOSPITALARIO**
LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS, MARÍA DEL MILAGRO GALLEGO CASTILLA, RUBÉN SANTACRUZ GALLEGO, FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ Y MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO 3569
- 768 CÓMO CONSERVAR LOS ALIMENTOS PARA SU POSTERIOR CONSUMO POR LOS PINCHES EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
VIRTUDES HONRUBIA AROCA, JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ, FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO, FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ Y MANUELA JIMENEZ GONZALEZ 3573
- 769 QUÉ ALÉRGENOS DE ORIGEN ANIMAL DEBE DE CONOCER EL PINCHE EN LA COCINA HOSPITALARIA**
VIRTUDES HONRUBIA AROCA, JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ, FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO, FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ Y MANUELA JIMENEZ GONZALEZ 3577

- 770 LOS PINCHES DE COCINA Y LO QUE DEBEN SABER DE LOS SISTEMAS DE PRODUCCIÓN EN LAS COCINAS SANITARIAS HOSPITALARIAS**
VIRTUDES HONRUBIA AROCA, JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ, FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO, FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ Y MANUELA JIMENEZ GONZALEZ 3581
- 771 SOSTENIBILIDAD DE LA COCINA HOSPITALARIA Y EL PAPEL DEL PINCHE DE COCINA**
MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN, MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA, ANTONIA FERNANDEZ BELLON, CARMEN JIMENEZ MARTINEZ Y VICTOR SERRANO SIMON 3585
- 772 LA GESTIÓN DE INCIDENCIAS DE MANTENIMIENTO POR PARTE DEL MECANICO DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
OSCAR CASTILLO ESPADAS, ANGEL CLEMENTE GONZÁLEZ RECIO, JOSE DANIEL SUSIN MONTERO, MARIO MARTÍNEZ LEÓN Y JUSTINIANO RODRIGO NARANJO 3589
- 773 EL PERSONAL MECÁNICO Y EL TIPO DE REVISIONES QUE REALIZA DENTRO DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
ANGEL CLEMENTE GONZÁLEZ RECIO, OSCAR CASTILLO ESPADAS, JOSE DANIEL SUSIN MONTERO, MARIO MARTÍNEZ LEÓN Y JUSTINIANO RODRIGO NARANJO 3593
- 774 EL PERSONAL MECÁNICO Y EL EMPLEO DE ESCALERAS DE MANO EN UN CENTRO HOSPITALARIO**
JUSTINIANO RODRIGO NARANJO, OSCAR CASTILLO ESPADAS, ANGEL CLEMENTE GONZÁLEZ RECIO, JOSE DANIEL SUSIN MONTERO Y MARIO MARTÍNEZ LEÓN 3597
- 775 EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIA Y SUS FUNCIONES**
ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA, MARÍA ENCARNACIÓN PEREZ-OLIVARES MORALEDA, ALVARO MORA GARCIA, VANESA REY GARCÍA Y PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS 3601

- 776 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: USO INDEBIDO DE CREDENCIALES Y RESPONSABILIDAD**
ANA ISABEL LORENZO GARCÍA, MARIA NIEVES GARCÍA
SALMERÓN, SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA, MARÍA SOLEDAD
RUIZ MOLERO Y MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ 3607
- 777 EL CEADOR EN ASEPSIA Y ESTERILIZACIÓN**
ISABEL MARIA GROMADA, MARIA JOSE GARCIA ATIENZA, JAVIER
CRUZ SANTIAGO, JUANI NAHARRO MILLA Y ALEJANDRO LÓPEZ
JARA 3611
- 778 LA FARMACIA HOSPITALARIA Y EL CELADOR**
ISABEL MARIA GROMADA, ALEJANDRO LÓPEZ JARA, JAVIER CRUZ
SANTIAGO, MARIA JOSE GARCIA ATIENZA Y JUANI NAHARRO
MILLA 3615
- 779 EL CELADOR EN LA PUNCIÓN LUMBAR**
ISABEL MARIA GROMADA, JAVIER CRUZ SANTIAGO, MARIA JOSE
GARCIA ATIENZA, JUANI NAHARRO MILLA Y ALEJANDRO LÓPEZ
JARA 3619
- 780 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA**
CARLOS ARCHIDONA BASTANTE 3623
- 781 EL CELADOR ANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE ARTROSCOPIA DE RODILLA**
ANTONIO HERVÁS GARCÍA, MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA,
FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO, JUAN CARLOS PÉREZ
SELVA Y JUSTO CANALES BARTOLOME 3627
- 782 EL CELADOR EN EL QUIRÓFANO DE ENDOSCOPIAS**
ANTONIO HERVÁS GARCÍA, MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA,
FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO, JUAN CARLOS PÉREZ
SELVA Y JUSTO CANALES BARTOLOME 3631
- 783 TERAPIA OCUPACIONAL FISIOTERAPIA EN DEMENCIAS Y DETERIORO COGNITIVO**
NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ, VIRGINIA PÉREZ BRAVO, DANIEL
CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN, ANA BELÉN DÍAZ RODENAS Y
RAQUEL NAVARRO PONCE 3635

- 784 DESTREZA MANIPULATIVA EN SÍNDROME DE DOWN DESDE
TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA**
NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ, VIRGINIA PÉREZ BRAVO, DANIEL
CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN, ANA BELÉN DÍAZ RODENAS Y
RAQUEL NAVARRO PONCE 3639
- 785 TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA EN DISCAPACIDAD
INTELECTUAL GRAVE**
NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ, VIRGINIA PÉREZ BRAVO, DANIEL
CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN, ANA BELÉN DÍAZ RODENAS Y
RAQUEL NAVARRO PONCE 3643
- 786 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PUERTA PRINCIPAL**
PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS, MARÍA ENCARNACIÓN
PEREZ-OLIVARES MORALEDA, ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA,
VANESA REY GARCÍA Y ALVARO MORA GARCIA 3647
- 787 LA IMPORTANCIA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA
RECEPCIÓN DE PACIENTES EN EL ENTORNO HOSPITALARIO**
NURIA CARRASCO MURILLO, FRANCISCO JOSÉ VERGAZ
TORRECILLA, PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS, ANA MARÍA
BARRAJÓN EXPÓSITO Y MARINA GUERRERO GARCIA 3651
- 788 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: ATENCIÓN AL
PACIENTE**
ANA ISABEL LORENZO GARCÍA, MARIA NIEVES GARCÍA
SALMERÓN, SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA, MARÍA SOLEDAD
RUIZ MOLERO Y MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ 3655
- 789 LAS TÉCNICAS BÁSICAS DE PREPARACIÓN QUE EL PINCHE
REALIZA A LOS ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA, LIDIA GIL MORENO, ANA
GARCÍA, ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ Y MARIA AURORA
LÓPEZ SERRANO 3659

- 790 LOS UTENSILIOS QUE SE UTILIZAN Y QUE DEBE CONOCER EL PINCHE EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA, LIDIA GIL MORENO, ANA GARCÍA, ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ Y MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO 3663
- 791 LAS FUNCIONES QUE TIENE EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN EL ACONDICIONAMIENTO DE MATERIAS PRIMAS**
MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA, ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ, ANA GARCÍA, LIDIA GIL MORENO Y MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO 3667
- 792 TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO**
M CARMEN NAVARRO RAYA, SARAY RODRÍGUEZ, JORGE GUZMÁN LÓPEZ, MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ Y DIEGO GUZMÁN LOPEZ 3671
- 793 TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS DESDE PLANTA LA PLANTA AL LABORATORIO**
M CARMEN NAVARRO RAYA, SARAY RODRÍGUEZ, DIEGO GUZMÁN LOPEZ, JORGE GUZMÁN LÓPEZ Y MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ 3675
- 794 TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL ÁREA FARMACEUTICA HOSPITALARIA**
M CARMEN NAVARRO RAYA, SARAY RODRÍGUEZ, DIEGO GUZMÁN LOPEZ, JORGE GUZMÁN LÓPEZ Y MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ 3681
- 795 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL TÉCNICO SUPERIOR ADMINISTRATIVO EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DENTRO DEL HOSPITAL**
SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA Y MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN 3687

- 796 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DEL ALMACÉN**
FRANCISCO JOSÉ VERGAZ TORRECILLA, PATRICIA VERDÚ
CHUMILLAS, NURIA CARRASCO MURILLO, ANA MARÍA
BARRAJÓN EXPÓSITO Y MARINA GUERRERO GARCIA **3691**
- 797 EL CELADOR. MÉTODOS PARA LA COLOCACIÓN DEL PACIENTE**
MARIA PILAR ESCOBAR INFANTE Y ISABEL MARIA SARRIA
ARROYO **3695**
- 798 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA**
PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS, FRANCISCO JOSÉ VERGAZ
TORRECILLA, NURIA CARRASCO MURILLO, ANA MARÍA
BARRAJÓN EXPÓSITO Y MARINA GUERRERO GARCIA **3699**
- 799 EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN Y EL CUIDADO DE**
PACIENTES CON ICTUS
ISABEL MARIA SARRIA ARROYO Y MARIA PILAR ESCOBAR
INFANTE **3703**
- 800 INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTE CON**
ESCLEROSIS MÚLTIPLE
ALEXANDRA ARANDA ROMERO, BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ,
CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN, SILVIA EXPOSITO Y ANGELA
GUIRADO MARTOS **3707**
- 801 INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ACCIDENTE**
CEREBRO VASCULAR EN PACIENTE CRÓNICO
ALEXANDRA ARANDA ROMERO, BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ,
SILVIA EXPOSITO, ANGELA GUIRADO MARTOS Y CLARA ISABEL
POVEDA ORTÍN **3713**
- 802 RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LAS PRUEBAS**
CRUZADAS
MARIA ISABEL RUS ORTEGA, ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ, AIXA
CASILDAS GÓMEZ, BEATRIZ RUIZ GALACHE Y BEATRIZ APARICIO
ÁLVAREZ **3719**

- 803EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE EXPEDIENTES DEL SESCAM**
CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES, VIRGINIA CUERDA CANO Y
ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ 3723
- 804EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA**
CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES, ANDRÉS JESÚS PIQUERAS
GONZÁLEZ Y VIRGINIA CUERDA CANO 3727
- 805LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA DE OTORRINO**
DIANA MIRA RODRÍGUEZ, MAGDALENA SALAZAR CANO,
CARMEN MORA DÍAZ, GREGORIA DUQUE LORENTE Y PABLO
MARTÍN SERRANO 3731
- 806LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**
DIANA MIRA RODRÍGUEZ, MAGDALENA SALAZAR CANO,
CARMEN MORA DÍAZ, GREGORIA DUQUE LORENTE Y PABLO
MARTÍN SERRANO 3735
- 807LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA DE ANTICONCEPTIVOS ORALES**
DIANA MIRA RODRÍGUEZ, MAGDALENA SALAZAR CANO,
CARMEN MORA DÍAZ, GREGORIA DUQUE LORENTE Y PABLO
MARTÍN SERRANO 3739
- 808EL FUNCIONAMIENTO Y PROBLEMAS QUE PUEDE PRESENTAR LA ROPA EN EL PROCESO EN LAS CALANDRAS EN EL SERVICIO DE PLANCHA DE LOS HOSPITALES**
ISABEL ATIENZAR GÓMEZ, FRANCISCA HONRUBIA VILLENA,
ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA, URSULA DIAZ SEGOVIA Y MARIA
ENGRACIA DIAZ SEGOVIA 3743
- 809CÓMO ES LA ORGANIZACIÓN DE LA ZONA DE PLANCHADO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
ISABEL ATIENZAR GÓMEZ, FRANCISCA HONRUBIA VILLENA,
ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA, URSULA DIAZ SEGOVIA Y MARIA
ENGRACIA DIAZ SEGOVIA 3747

- 810 EL PROCESO QUE PASA LA ROPA EN EL SERVICIO DE
PLANCHADO EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS**
ISABEL ATIENZAR GÓMEZ, FRANCISCA HONRUBIA VILLENA,
ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA, URSULA DIAZ SEGOVIA Y MARIA
ENGRACIA DIAZ SEGOVIA 3751
- 811 BENEFICIOS DE LA PRÁCTICA DE LA ATENCIÓN PLENA EN EL
TRABAJO DEL CELADOR**
LUIS ANGEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, JUAN ANTONIO NIEBLAS
RODRÍGUEZ Y M^a DEL CARMEN MUÑOZ COBOS 3755
- 812 TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL: INTERVENCIÓN
EN DEPRESIÓN MAYOR**
ALEXANDRA ARANDA ROMERO, BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ,
CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN, SILVIA EXPOSITO Y ANGELA
GUIRADO MARTOS 3759
- 813 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA FARMACIA HOSPITALARIA**
ANA CELIA MENDOZA ARCAS 3763
- 814 COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN LA TÉCNICA DE RECOGIDA DE DIURESIS 24
HORAS.**
NOELIA TORIJA GARCIA, M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO,
RAQUEL PIÑERO BLANCO, NURIA ALFARO LA ORDEN Y PALOMA
GÓMEZ LÓPEZ SERRANO 3767
- 815 COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN LA TÉCNICA DE RECOGIDA DEL UROCULTIVO**
NOELIA TORIJA GARCIA, M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO,
RAQUEL PIÑERO BLANCO, NURIA ALFARO LA ORDEN Y PALOMA
GÓMEZ LÓPEZ SERRANO 3771
- 816 COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN LA TÉCNICA DE RECOGIDA DEL SISTEMÁTICO
DE ORINA**
NOELIA TORIJA GARCIA, M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO,
RAQUEL PIÑERO BLANCO, NURIA ALFARO LA ORDEN Y PALOMA
GÓMEZ LÓPEZ SERRANO 3775

- 817 PRÁCTICA CENTRADA EN LA FAMILIA: APLICACIÓN DESDE
TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA**
SONIA CANO PIQUERAS, MIRIAM SOSA GORDO, OLGA LÓPEZ
DURÁN, ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA Y JOSEFA CAÑAS
CARRILLO 3779
- 818 ROL DE TERAPIA OCUPACIONAL EN TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA**
SONIA CANO PIQUERAS, OLGA LÓPEZ DURÁN, JOSEFA CAÑAS
CARRILLO, ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA Y MIRIAM SOSA
GORDO 3789
- 819 ROL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN GRANDES
QUEMADURAS**
SONIA CANO PIQUERAS, JOSEFA CAÑAS CARRILLO, MIRIAM SOSA
GORDO, ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA Y OLGA LÓPEZ DURÁN 3797
- 820 EFECTOS DEL TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA SOBRE LA PIEL:
PLAN DE CUIDADOS**
ISABEL GARCÍA AGUDIN 3803
- 821 ANÁLISIS FÍSICOQUÍMICO DE LOS ALIMENTOS QUE
ENCONTRAMOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS POR EL
PINCHE**
PATROCINIO ALFARO GARCIA, ISABEL MORENO SÁEZ, NIEVES
GÓMEZ ZAPATA, MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS Y EVA
MARIA MORENO ESCUDERO 3807
- 822 EL PINCHE Y LA PREPARACIÓN DE VERDURAS, FRUTAS Y
HORTALIZAS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
PATROCINIO ALFARO GARCIA, ISABEL MORENO SÁEZ, NIEVES
GÓMEZ ZAPATA, MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS Y EVA
MARIA MORENO ESCUDERO 3811
- 823 CÓMO REALIZAR LAS MANIPULACIONES DE CARGAS PARA EL
PINCHE DEL PERSONAL DE COCINA HOSPITALARIA**
PATROCINIO ALFARO GARCIA, ISABEL MORENO SÁEZ, NIEVES
GÓMEZ ZAPATA, MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS Y EVA
MARIA MORENO ESCUDERO 3815

**824 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ARCHIVOS DE
HISTORIAS CLÍNICAS**

ANA CELIA MENDOZA ARCAS

3819

825 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

MARÍA DEL CARMEN LENDÍNEZ SÁNCHEZ, JULIÁN GARCÍA
CONSUEGRA GALLEGO, RICARDO CARBONELL DE LA ROSA, OLGA
MANRIQUE ROJAS Y ASUNCION NAVAS ROMA

3823

Capítulo 1

EFECTOS DE LA TELEMEDICINA EN LAS PRÁCTICAS MÉDICAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

SANDRA CASTELLANOS CUEVAS

LIRIA CHAMORRO RUFO

SONIA BRICEÑO GARCÍA

LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA

MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS

1 Introducción

La telemedicina aparece como una herramienta con diversos beneficios, que permite que las personas puedan acceder a tratamientos preventivos, contribuyendo de esta manera a colaborar con su bienestar a largo plazo(1). El término de la telemedicina no representa un concepto novedoso, ya que este término se ha estado desarrollando durante más de un siglo (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que sus orígenes se remontan a partir de la segunda mitad del siglo XIX, siendo impulsada por los avances tecnológicos de entonces como el telégrafo y el teléfono(2). A partir de la Guerra de Secesión de Estados Unidos, en 1861 y 1865, ya se empezó a emplear el telégrafo para realizar consultas médicas, y posteriormente, en 1876, tras la presentación del primer teléfono, se dio apertura a esta nueva modalidad de consulta. Pese a

esto, realmente fue en la década de 1960 cuando el desarrollo de la telemedicina se intensificó. (3).

Diferentes estudios que tratan el tema afirman que el uso de esta tecnología mejora los resultados clínicos y el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, teniendo beneficios tanto para el paciente como para los profesionales (4). Sin embargo, a medida que las aplicaciones asociadas con la telemedicina continúan creciendo, resulta importante comprender el alcance del impacto que esta innovación podría generar en diversas áreas, incluyendo pacientes, profesionales de la salud y la estructura organizativa del sistema de atención médica (5).

Si analizamos las ventajas que ofrece la telemedicina, una de las principales es la posibilidad de tener monitorizado al paciente a distancia. Gracias a esta modalidad, es posible que tanto el médico como el paciente puedan compartir información clínica y el paciente pueda recibir una adecuada orientación médica a pesar de no compartir el mismo espacio físico (5). Conforme a los resultados obtenidos en siete investigaciones llevadas a cabo en pacientes con problemas de salud mental y consumo de sustancias, se evidenció que la supervisión a través de la telemedicina condujo a una mejora en el control de la presión arterial en los participantes que padecían hipertensión. Adicionalmente, varios estudios reportaron puntuaciones sintomáticas superiores en los individuos afectados por condiciones respiratorias (6).

Por otro lado, a raíz de la pandemia Covid-19, la telemedicina fue reconocida y definida por la OMS como “una prestación de servicio a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación con el objetivo de cuidar la salud de la población y de la comunidad.”(7). Expertos sostiene que la telemedicina no puede reemplazar a la medicina tradicional, ya que se perdería la humanización entre el médico y paciente, dejando a ambos inmerso en un entorno virtual, pero sin duda puede ser complementaria. (8), (9)

Bajo este orden de ideas, también se recalca la importancia que tiene que el profesional evalúe la gravedad de la afección, la evolución de la enfermedad del paciente, así como su intervención para optar por la telemedicina (5).

Valorando la importancia y el crecimiento actual del uso de la telemedicina, el siguiente trabajo aborda una revisión bibliográfica sobre los efectos y el impacto que esta tiene, analizando las diversas teorías actuales sobre si es o no beneficioso aplicar la telemedicina en los pacientes.

2 Objetivos

Objetivo general:

-Analizar los efectos de la telemedicina en las prácticas médicas a través de la revisión bibliográfica.

Objetivos específicos:

- Identificar y analizar casos clínicos que han sido tratados bajo el recurso de la telemedicina.
- Evaluar los resultados de casos clínicos tratados mediante la telemedicina.
- Determinar los límites presentes en la telemedicina.

3 Metodología

Nuestra revisión bibliográfica se fundamenta en una metodología basada en la búsqueda de información en bases científicas, con el objetivo de obtener una comprensión profunda y detallada de los estudios pertinentes al tema. Con la revisión bibliográfica empleada se ha podido obtener información relevante acerca de la literatura académica existente en relación con los efectos a largo plazo de la telemedicina en las prácticas médicas.

Para llevar a cabo dicha revisión, se realizó una estrategia de búsqueda exhaustiva en bases de datos especializadas, con el propósito de identificar y seleccionar cuidadosamente artículos y documentos relevantes que aborden la interacción entre la telemedicina y las prácticas médicas en un período prolongado.

A través de esta metodología fue posible identificar y analizar información proveniente de diversas fuentes académicas, lo que ha contribuido a enriquecer el panorama comprensivo de los efectos que la telemedicina puede ejercer a lo largo del tiempo en el ámbito de la atención médica.

Los elementos metodológicos empleados en esta búsqueda incluyen la selección de bases de datos científicas, la aplicación de criterios de inclusión y exclusión para la selección de los documentos más pertinentes, así como la consideración del idioma y el intervalo temporal de publicación.

Base de Datos:

Para la recopilación de la información, se realizaron búsquedas automatizadas y exhaustivas en tres bases de datos académicas ampliamente reconocidas: Scielo, Cochrane Library y PubMed. Esto garantiza que el marco de la investigación este asociado estrictamente con el área médico y científico.

Filtros de búsqueda:

En la fase inicial, mediante el empleo de un motor de búsqueda automatizado en las bases de datos previamente mencionadas, se logró acceder a una colección inicial de 40 artículos académicos disponibles para la consulta. Sin embargo, con

el propósito de focalizar y concretar la investigación, se aplicaron criterios de filtrado que permitieron refinar la selección:

- Artículos publicados a partir del año 2005, lo cual aseguró la inclusión de trabajos actuales
- Los idiomas de los artículos fueron limitados al inglés y al español.
- La selección se orientó hacia artículos provenientes de Europa y Latinoamérica, con la intención de abordar perspectivas y experiencias regionales diversas.
- Se incluyeron artículos provenientes de revistas académicas y estudios de revisión bibliográfica.
- La búsqueda se concentró en títulos y resúmenes que guardaran una estrecha relación con el título del trabajo de investigación.

Una vez implementados estos criterios de selección y filtrado, se redujo la muestra inicial a un conjunto de 5 artículos que cumplieran con los requisitos establecidos.

4 Resultados

Los resultados extraídos de los estudios revisados demostraron que la telemedicina interactiva se ha empleado en diversas condiciones clínicas, incluyendo enfermedades cardiovasculares, diabetes, salud mental, entre otras. Los estudios en pacientes con estos tipos de enfermedades arrojaron que la telemedicina varía según la condición, seguimiento, tratamiento, educación, asesoramiento, y consultas con especialistas (5).

En relación con los resultados de la salud de los pacientes, se pudo constatar que la telemedicina tuvo un impacto variado en función de las diferentes condiciones clínicas abordadas. En algunos casos, se observaron mejoras clínicas, como la reducción de los niveles de hemoglobina glicosilada en pacientes con diabetes, así como la disminución de los niveles de LDL y de la presión arterial. Por otro lado, los resultados también afirmaron que no se encontraron diferencias significativas con respecto a la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca (5)

En nuestra búsqueda bibliográfica, pudimos encontrar un estudio relevante llevado a cabo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) aplicando la telemedicina como terapia (10). Se sabe que el EPOC tiene como sintomatología principal la obstrucción permanente de las vías respiratorias, haciendo que los pacientes experimenten episodios de agravamiento conocidos como exacerbaciones. En algunos casos, estas exacerbaciones pueden requerir atención médica en el entorno hospitalario. En este contexto, la telemedicina

emerge como una herramienta con potencial para mitigar la necesidad de hospitalización, aplicando la monitorización del paciente, y posibilitando así la gestión de la atención de los pacientes directamente desde su hogar (10). Sin embargo, es esencial disociar los resultados atribuibles a la teleasistencia de aquellos influenciados por otros componentes terapéuticos para una evaluación precisa de su función en la mejora de la calidad de vida y en la disminución de la utilización de servicios de emergencia y hospitalizaciones en pacientes con EPOC.

También se encontró un estudio relacionado con la telemedicina en pacientes con EPOC indicó que la telemedicina ha mostrado ser beneficiosa en varios aspectos de la atención a pacientes con EPOC y asma. Los diferentes enfoques de telemedicina, como la telerehabilitación, la educación sanitaria, la telemonitorización, la detección temprana de exacerbaciones, el apoyo psicosocial y la ayuda para dejar de fumar, han demostrado ser efectivos para brindar atención de calidad a pacientes con EPOC que tienen dificultades para acceder a los servicios de atención médica (11).

Finalmente, uno de los últimos estudios analizados en esta revisión, estaba enfocado en los factores que afectan la implementación de la telemedicina en cuidados críticos (TCC). Este estudio afirmó que las interacciones entre el personal cabecera y el centro de cuidados críticos, a diversas ocasiones, estaban marcadas por tensiones y conflictos, con faltas de respeto mutuo y resistencia (12).

A pesar de que el personal de salud reconoce las ventajas de la telemedicina, también se preocupa por la posible limitación de la comprensión sobre el tratamiento o la consulta del paciente a través de la cámara y la confidencialidad de los datos (11).

5 Discusión-Conclusión

Con base en los resultados extraídos de los diversos estudios revisados en esta bibliográfica, se logra llegar a una conclusión ajustada a los objetivos planteados. En relación con el primer objetivo de identificar casos de enfermedades tratadas mediante la telemedicina, se pudo constatar que la telemedicina interactiva ha sido empleada en una amplia gama de condiciones clínicas, abordando enfermedades cardiovasculares, diabetes y problemas de salud mental y respiratorias. Los resultados respaldan la versatilidad de la telemedicina en la atención de diferentes enfermedades, adaptándose a las necesidades específicas de seguimiento, tratamiento, educación, asesoramiento y consultas con especialistas (5).

En consonancia con el segundo objetivo de evaluar los resultados de casos médicos tratados mediante la telemedicina, se puede afirmar que los impactos varían

en función de la condición clínica abordada. En ciertos casos, como ya se ha mencionado, se observaron mejoras concretas, como la reducción de los niveles de hemoglobina glicosilada en pacientes con diabetes, así como la disminución de los niveles de LDL y la presión arterial. No obstante, los resultados también indicaron que en pacientes con insuficiencia cardíaca no se encontraron diferencias significativas en términos de mortalidad (5).

El tercer objetivo específico de determinar los límites presentes en la telemedicina también se vio reflejado en los estudios. La implementación de la telemedicina no está exenta de desafíos y obstáculos. Un estudio centrado en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) señaló que, si bien la telemedicina puede ser beneficiosa para la monitorización y la atención de estos pacientes, es esencial disociar sus resultados de otros componentes terapéuticos para evaluar de manera precisa su efecto en la calidad de vida y la utilización de servicios médicos (10). Además, se destacó la importancia de proporcionar suficiente capacitación al personal antes de implementar la telemedicina y de resolver tensiones y conflictos entre equipos médicos (11, 12).

En conclusión, los hallazgos de esta revisión bibliográfica subrayan que la telemedicina ofrece un enfoque prometedor en la atención médica, abarcando diversas condiciones clínicas y brindando resultados positivos en ciertos aspectos. Sin embargo, también evidencian la necesidad de abordar cuidadosamente desafíos como la capacitación del personal, la resolución de conflictos y la evaluación precisa de los impactos. En general, la telemedicina emerge como una herramienta valiosa para mejorar la atención médica, pero su implementación debe ser guiada por una comprensión profunda de las condiciones específicas y los contextos de uso.

6 Bibliografía

1. Wilson LS, Maeder AJ. Recent Directions in Telemedicine: Review of Trends in Research and Practice. *Healthc Inform Res.* octubre de 2015;21(4):213-22.
2. Roche P. Orígenes de la Telemedicina [Internet]. 2022 [citado 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://rochepacientes.es/telemedicina/origenes.html>
3. Teoli D, Aeddula NR. Telemedicine. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535343/>
4. Saigí-Rubió F, Nascimento IJB do, Robles N, Ivanovska K, Katz C, Azzopardi-Muscat N, et al. The Current Status of Telemedicine Technology Use Across the World Health Organization European Region: An Overview of Systematic Re-

views. J Med Internet Res. 27 de octubre de 2022;24(10):e40877.

5. Flodgren A, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2015 [citado 9 de agosto de 2023];(9). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002098.pub2/full?highlightAbstract=telemedicine%7Ctelemedicine>

6. Jones RA, Hinkley T, Okely AD, Salmon J. Tracking physical activity and sedentary behavior in childhood: a systematic review. Am J Prev Med. junio de 2013;44(6):651-8.

7. Organización Panamericana de la Salud. Telemedicina en Uruguay, una estrategia que llegó para quedarse - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/historias/telemedicina-uruguay-estrategia-que-llego-para-quedarse>

8. Martínez A, Rodríguez A, Campillos C, Gattini C. OPS/OMS - Telemedicina [Internet]. 2009 [citado 9 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&slug=telemedicina-2579&Itemid=270&lang=es#gsc.tab=0

9. Colegio Oficial de Médicos de Toledo. Dr. Fernández-Pro: “La telemedicina debe guardar todas las normas éticas y deontológicas de la profesión médica” – Colegio Oficial de Médicos de Toledo [Internet]. 2020 [citado 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.comtoledo.org/dr-fernandez-pro-la-telemedicina-debe-guardar-todas-las-normas-eticas-y-deontologicas-de-la-profesion-medica/>

10. McLean S, Nurmatov U, Liu JL, Pagliari C, Car J, Sheikh A. Telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2011 [citado 12 de agosto de 2023];(7). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007718.pub2/full?highlightAbstract=telemedicine%7Ctelemedicine>

11. Barbosa MT, Sousa CS, Morais-Almeida M. Telemedicine in the Management of Chronic Obstructive Respiratory Diseases: An Overview. En: Linwood SL, editor. Digital Health [Internet]. Brisbane (AU): Exon Publications; 2022 [citado 12 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK580636/>

12. Xyrichis A, Iliopoulou K, Mackintosh NJ, Bench S, Terblanche M, Philippou J, et al. Healthcare stakeholders' perceptions and experiences of factors affecting the implementation of critical care telemedicine (CCT): qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2021 [citado 12 de agosto de 2023];(2). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/>

14651858.CD012876.pub2/full?highlightAbstract=telemedicine%7Ctelemedicin

Capítulo 2

ENFERMEDAD POR HERPES ZOSTER

LUCIA PALACIO TOMÁS

MARÍA JUNCAL MENA HUARTE

1 Introducción

El virus varicela-zóster es un DNA virus perteneciente a la familia Herpesviridae. Al igual que otros virus de esta familia, se caracteriza por permanecer en estado latente a lo largo de la vida.

La primoinfección por este virus es causante de la varicela, más común en las primeras etapas de la vida, quedando posteriormente latente en los ganglios sensitivos de los nervios craneales. La reactivación del mismo, generalmente en momentos de inmunosupresión del huésped, provoca la enfermedad por Herpes Zoster.

Se trata de una enfermedad que ocurre fundamentalmente en la edad adulta, aunque cada vez es más frecuente la aparición de nuevos casos en la población pediátrica, no necesariamente en pacientes inmunocomprometidos. Con la introducción de la vacuna contra la varicela, esta enfermedad ha disminuido considerablemente, si bien es cierto que en ocasiones puede observarse una reactivación del virus vacunal latente.

En este capítulo revisaremos las manifestaciones clínicas de la enfermedad por herpes zoster, así como el diagnóstico y tratamiento de la misma. El manejo en la edad pediátrica difiere discretamente en comparación con el adulto, quedando relegado a aquellos pacientes con factores de riesgo o bien en afectaciones corporales concretas.

En general se trata de una enfermedad autolimitada, aunque es importante conocer las complicaciones de la misma, ya que en ocasiones generan alta morbi-mortalidad.

2 Objetivos

- Exponer las características del virus herpes zóster y la patología causada por el mismo
- Explicar el tratamiento de la enfermedad por herpes zoster

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo sobre el Herpes Zóster, se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre esta enfermedad. Se han revisado artículos disponibles en revistas médicas, publicaciones de trabajos científicos así como consultado la literatura más actual en portales médicos como Uptodate o Pubmed.

4 Resultados

El Herpes Zoster se trata de una enfermedad neurocutánea caracterizada por un exantema vesicular localizado sobre una base eritematosa, pudiendo afectar a uno o varios dermatomas. Los más comúnmente afectados son los torácicos. Las placas eritematosas suelen aparecer inicialmente en las zonas proximales de los dermatomas, con extensión paulatina a las zonas más distales, de forma radial.

La aparición de las lesiones suele precederse de una fase prodrómica en la que predomina el dolor y las parestesias en el territorio de inervación del ganglio sensitivo, así como hiperestesia cutánea. También puede acompañarse de cefalea, malestar o fiebre, aunque con menor frecuencia.

La complicación más frecuente de esta enfermedad es la Neuralgia postherpética que se caracteriza por la persistencia de un dolor neuropático severo a lo largo de semanas o meses. Entre otras complicaciones de esta enfermedad se encuentra en Síndrome de Ramsay-Hunt en el que se ve afectado el conducto auditivo externo, pudiendo provocar vértigo o parálisis del nervio facial. La afectación ocular puede provocar queratoconjuntivitis o iridociclitis, generalmente con afectación del V par. Si se ve afectada la rama nasogeniana, suelen aparecer lesiones en la

punta de la nariz, conocido como signo de Hutchinson, el cual debe ser un signo de alarma que nos haga sospechar la afectación del nervio trigémino.

El diagnóstico es clínico. En ocasiones, cuando existen dudas diagnósticas o bien en pacientes de alto riesgo, es posible recurrir a técnicas de laboratorio, siendo el gold estándar la PCR. De forma habitual, solamente sería necesario obtener una muestra del líquido de la vesícula salvo en aquellos pacientes en los que predomine la clínica neurológica, en los cuales se recomienda realizar una punción lumbar para analizar el líquido cefalorraquídeo.

El tratamiento del Herpes Zoster es fundamentalmente sintomático, usando diferentes analgésicos según el grado de afectación por el dolor. El uso de terapia antiviral es controvertido, quedando relegado a situaciones específicas como son los pacientes inmunodeprimidos, la afectación ótica u ocular con afectación de pares craneales, la presencia de signos de afectación del SNC o afectación visceral. El fármaco más usado es el Aciclovir y se recomienda iniciarlo en las primeras 72 horas del inicio de la clínica.

5 Discusión-Conclusión

El Herpes Zoster es una enfermedad poco frecuente en la edad pediátrica. Habitualmente se trata de un proceso autolimitado, aunque en ocasiones puede provocar alta morbi-mortalidad cuando se produce afectación de pares craneales o del SNC.

En ocasiones puede ser de difícil diagnóstico, sobre todo en la fase prodrómica en la que aún no han aparecido las vesículas arracimadas, suponiendo un reto diagnóstico que requiere un alto nivel de sospecha.

Es importante conocer las diferentes alternativas terapéuticas y sus indicaciones, sobre todo en aquellas situaciones en las que el inicio temprano de la terapia antiviral pueda suponer un alto beneficio para el paciente.

6 Bibliografía

1. Gross G.E, Eisert E, Doerr H.W et al. S2k guidelines for the diagnosis and treatment of herpes zoster and postherpetic neuralgia. J Dtsch Dermatol Ges [internet]. 2020, 18(1):55-78. Disponible en: S2k guidelines for the diagnosis and treatment of herpes zoster and postherpetic neuralgia (researchgate.net)
2. Albrecht M.A. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of herpes zoster. Internet. 2023. Disponible en: <https://www.uptodate.com/>

contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-herpes-zoster?csi=5c0f48a7-4d26-4d58-a8be-5f94117dc93b&source=contentShare

3. Albrecht M.A. Clinical features of varicella-zoster virus infection: Chickenpox. Internet. 2023. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-of-varicella-zoster-virus-infection-chickenpox?csi=0c589e51-ca6a-4903-9159-a9675e452339&source=contentShare>

4. Jiménez Alés R, Coronel Pérez I.M., Sánchez Fuentes I.C. Enfermedades víricas de la piel. *Pediatr Integral* [Internet]. 2016. XX (3): 169 – 178. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es>.

5. Fernández Fraga P, Fervenza Cortegoso C, Aracil Santos F.J. Enfermedades exantemáticas de origen infeccioso. En: Guerrero-Fdez J, Cartón Sanchez A, Barreda Bonis A et al., editores. *Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría*. 6.^a edición. Madrid: Editorial médica panamericana; 2017. p. 1283-1285.

Capítulo 3

FACTORES NUTRICIONALES Y GENERALES QUE PUEDE INFLUIR EN LA PÉRDIDA DE TOLERANCIA A LOS ALIMENTOS.

SILVIA RODRIGUEZ MANCHON

1 Introducción

Las reacciones adversas a los alimentos son respuestas desfavorables del organismo producidas tras la ingestión de un alimento. Hablamos de intolerancia alimentaria cuando la respuesta no es mediada por un mecanismo inmune y de alergia alimentaria cuando existe un mecanismo inmunológico subyacente. Estas a su vez, dependiendo del mecanismo desencadenante, podrán clasificarse en alergias mediadas por Inmunoglobulina E (Ig E), no mediadas por Ig E o mixtas. Las alergias alimentarias mediadas por Ig E se producen por anticuerpos IgE específicos frente a un antígeno alimentario y cursan con sintomatología inmediata, cutánea, digestiva, respiratoria y/o cardiovascular. En cambio, las alergias no Ig E mediadas se caracterizan por síntomas predominantemente digestivos de aparición tardía y en los cuales no suele ser posible confirmar la implicación de un mecanismo inmunológico mediante pruebas complementarias(3). Dentro de ellas se engloban distintos cuadros clínicos diferenciados, aunque con solapamiento en las manifestaciones clínicas: la proctocolitis alérgica, la enteropatía alérgica y el síndrome de Enterocolitis Inducida por Proteínas Alimentarias (FPIES por sus siglas en inglés). Se incluyen también dentro de este tipo de alergias otras entidades como la esofagitis eosinofílica (EEo) y los trastornos gastrointestinales

eosinofílicos primarios (TGIEP), la enfermedad celíaca y la anemia ferropénica inducida por APLV y aunque existe controversia al respecto, también la dismotilidad alérgica (enfermedad por reflujo gastroesofágico [ERGE], estreñimiento, cólicos y síndrome de intestino irritable.

Globalmente, las alergias alimentarias son actualmente una de las patologías crónicas más frecuentes en la infancia y muchas veces persisten en la edad adulta, produciendo una importante carga sociosanitaria y económica y pudiendo además repercutir de forma relevante en la calidad de vida de los niños y de sus cuidadores. Aunque se desconoce exactamente su mecanismo causante, se acepta que su etiología es multifactorial interviniendo en su origen factores genéticos y múltiples factores ambientales. El conocimiento preciso de su patogenia será fundamental para desarrollar estrategias preventivas adecuadas que puedan ayudar a mitigar esta epidemia.

2 Objetivos

- Evaluar los distintos factores nutricionales y generales que pueden influir en la alteración de la tolerancia oral y por ende en el desarrollo de las alergias alimentarias.

3 Metodología

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

4 Resultados

PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA EN EL LACTANTE:

- PAPEL DE LA LACTANCIA MATERNA:

Existen algunos estudios que sugieren un posible papel protector frente al desarrollo de alergias en lactantes de madres no es atópicas. Este efecto protector se ha relacionado con el contenido de la leche materna en ácidos grasos de cadena corta, especialmente de butirato, mediante la estimulación de la tolerancia oral

y la reducción en la respuesta alérgica en modelos animales. Dentro de los posibles efectos del butirato se ha descrito también su papel en la estimulación de la integridad de la barrera intestinal, en la producción de citoquinas tolerogénicas, en la inhibición de citoquinas pro-alérgicas y en la modulación del estrés oxidativo (7,8). De forma similar, los oligosacáridos de la leche materna (HMOs), concretamente algunos como la 2-fucosil-lactosa y los prebióticos presentes en la leche materna, como los galactooligosacáridos, favorecen el crecimiento de una microbiota infantil rica en *Bifidobacterium* y *Bacteroides* y promueven la producción de ácidos grasos de cadena corta, pudiendo contribuir así a la prevención primaria del desarrollo de alergias.

No obstante, existen estudios que sugieren que en madres atópicas la lactancia materna puede incluso suponer un riesgo mayor de desarrollar alergias ya que se ha evidenciado en su leche mayor contenido de citoquinas y quemoquinas y menores niveles de TGF- β 1 (10). El TGF- β 1 promueve la tolerancia oral a nivel intestinal por lo que unos niveles adecuados en la leche materna facilitarían la tolerancia ante la exposición fetal a diversos antígenos alimentarios mientras que su ausencia podría contribuir a aumentar el riesgo de sensibilización.

Las últimas revisiones sistemáticas y recomendaciones concluyen que aunque la lactancia materna no parece reducir el riesgo de alergia alimentaria la evidencia actual es de baja calidad científica ya que realizar ensayos clínicos que comparen la lactancia materna con otras formas de alimentación infantil supondría limitaciones éticas. Sin embargo, considerando todos los beneficios científicamente demostrados de la lactancia materna, se recomienda apoyar y favorecer la lactancia materna.

- SUPLEMENTACIÓN CON FÓRMULA ADAPTADA:

En 2019 se publicó un ensayo clínico aleatorizado en el que se incluyeron recién nacidos con riesgo de atopia alimentados con lactancia materna que fueron aleatorizados en dos grupos: uno suplementado con fórmula elemental y otro con fórmula adaptada (≥ 5 mL/día). A los 2 años de vida se objetivó una menor sensibilización a la leche de vaca en aquellos suplementados con fórmula elemental [16,8% frente a un 32,2%, Riesgo relativo (RR) 0.52, Intervalo de confianza (IC) al 95% 0,34-0,81]. Además la prevalencia de alergia alimentaria fue significativamente menor en el grupo que recibió únicamente fórmula elemental (4 [2,6%] frente 20 [13,2%]; RR 0,20; IC al 95% 0,07-0,57)(14). En base a estos hallazgos, las últimas recomendaciones de la EAACI recomiendan evitar durante los tres primeros días de vida, siempre que sea posible, la suplementación con fórmulas adaptadas en lactantes alimentados con pecho.

Sin embargo, en ocasiones resulta necesario suplementar con fórmula adaptada por lo que será necesario desarrollar estrategias que ayuden a reducir el riesgo de alergia a la leche en este grupo de niños. La reciente publicación del estudio SPADE (Strategy for Prevention of Milk Allergy by Daily Ingestion of Infant Formula in Early Infancy) trata de dar respuesta a este problema y postula el posible beneficio de la exposición precoz a las proteínas de leche de vaca (15). En este ensayo clínico multicéntrico realizado en Okinawa (Japón), se aleatorizó de forma abierta a recién nacidos de la población general lactados al pecho en dos grupos. Uno de ellos recibió suplementación con al menos 10 ml diarios de fórmula adaptada tradicional de proteínas lácteas y el otro evitó su administración, aunque de forma alternativa podían recibir suplementos con fórmula de soja. La intervención dietética se inició al mes de vida y se continuó hasta los 3 meses y en ambos grupos se recomendó continuar la lactancia materna hasta los 6 meses. A los 6 meses de vida se evaluó la presencia de alergia Ig E mediada a la leche mediante prueba de exposición oral controlada objetivándose 2/241 casos de alergia (0,8%) en el grupo suplementado con FA y 17/249 (6,8%) en el grupo de evitación lo que supuso una diferencia del riesgo del 6% y un riesgo relativo de 0,12 (IC al 90% 0,01-0,05, $p < 0.001$). Además, aproximadamente el 70% de los participantes en ambos grupos continuaban recibiendo lactancia materna a los 6 meses. Con todo ello, los autores concluyen que la administración diaria de fórmula adaptada láctea en este periodo previene el desarrollo de alergia a la leche sin interferir con la lactancia materna.

No obstante, la mayoría de los pacientes incluidos en el estudio habían recibido fórmula adaptada en los 3 primeros días de vida (431 de 462) y todos los participantes tenían permitido reintroducir la fórmula adaptada tras el periodo de intervención. Por esta variabilidad en el consumo de fórmula se planteaban dudas sobre si era la exposición precoz y su consiguiente suspensión o a la exposición inconsistente a la fórmula lo que podría inducir el desarrollo de alergia a la leche. Por este motivo, recientemente se ha publicado un sub-análisis posterior que trata de responder estas dudas(16). Para ello se seleccionaron aquellos participantes que habían recibido fórmula adaptada durante los 3 primeros días de vida y se identificaron aquellos que habían suspendido su administración antes del primer mes de vida, entre el primer y segundo mes o entre los tres y los cinco meses y aquellos que no suspendieron su ingesta hasta los 6 meses. Al igual que en el estudio SPADE el resultado principal fue evaluar la presencia de alergia a la leche a los 6 meses de vida y se objetivó una proporción mayor de alergia en aquellos que suspendieron la ingesta en los primeros 6 meses (17/112, 15,2% frente a 2/319; 0,6% RR 24,2; IC al 95% 5,7-103,1; $p < .001$). Además el riesgo relativo de

alergia fue mayor cuanto más precozmente se suspendió la fórmula adaptada, lo que parece sugerir que la exposición precoz seguida de un periodo de eliminación podría contribuir al riesgo de alergia. Cuanto menor fueron los días totales de ingesta y menores las cantidades ingeridas antes de la suspensión, mayor fue el riesgo de desarrollar alergia a la leche. En este estudio, ninguno de los niños que había ingerido fórmula durante más de 32 días desarrollo alergia a la leche, lo que sugiere que la ingesta continuada de fórmula incluso en pequeñas cantidades, durante el primer mes de vida podría asociarse con un menor riesgo de desarrollar alergia.

En concordancia con la recomendación de evitar la administración de fórmula adaptada durante los primeros días de vida, ninguno de los pacientes que la evitaron durante los tres primeros días de vida desarrolló alergia a la leche a los 6 meses.

En conjunto, todos estos resultados sugieren el posible beneficio de la ingesta continuada de fórmula adaptada incluso en pequeñas cantidades en aquellos lactantes que hayan recibido suplementación en los 3 primeros días de vida. No obstante, se requieren mayor número de estudios para confirmar estos hallazgos y para intentar dilucidar el momento apropiado de la introducción de las proteínas lácteas, las cantidades necesarias y la duración más apropiada de la intervención.

- PAPEL DE LAS FORMULAS ESPECIALES:

El uso de fórmulas parcialmente o extensamente hidrolizadas de sero-proteínas o caseína parece no reducir el riesgo de alergia frente al uso de fórmulas adaptadas de proteínas vacunas(12). Sin embargo, existe poca certeza al respecto ya que los estudios realizados hasta el momento han analizado fórmulas con distinta composición empleadas en distintos momentos y con distintas duraciones de la intervención. Además los criterios diagnósticos de alergia alimentaria en la mayoría de estos estudios no eran robustos o no se describían adecuadamente.

En niños con riesgo aumentado de alergia, tres de los cuatro estudios que comparaban el empleo de fórmulas parcialmente hidrolizadas con fórmulas adaptadas convencionales demostraron escaso o nulo efecto (17-19). Un estudio anterior demostró una menor incidencia acumulada de alergia a la leche confirmada con provocación al año (Riesgo relativo 0.36, Intervalo de confianza al 95% 0,15-0,89, $p<0.05$) aunque en un pequeño tamaño muestral (20). Tampoco existe clara evidencia que indique el beneficio de una fórmula hidrolizada frente a otras (12,21) ni del empleo simultáneo en niños con riesgo de alergia de fórmulas extensamente hidrolizadas y eliminaciones dietéticas en la madre y el hijo.

Por todo ello, en su última guía la EAACI indica que no existe recomendación

a favor ni en contra del uso de estas fórmulas en la prevención de la alergia a la leche en lactantes de riesgo , aunque indica que debe ser cada profesional el que considere la mejor alternativa en cada caso en base a las circunstancias individuales.

El uso de las fórmulas de soja en la prevención del desarrollo de atopia en lactantes de alto riesgo es controvertido ya que existen estudios demostrando un posible beneficio en comparación con las fórmulas adaptadas convencionales mientras que otros no confirman ese efecto protector. Sin embargo, la última revisión Cochrane al respecto concluye que no pueden ser recomendadas para la prevención en el desarrollo de alergia en lactantes de riesgo y la mayoría de guías concuerdan con esta conclusión.

La EAACI en sus últimas recomendaciones desaconseja su uso en los primeros 6 meses de vida para prevenir el desarrollo de alergia. Además de la falta de evidencia a favor de su beneficio, indica los potenciales riesgos asociados a su consumo ante las elevadas concentraciones de fitatos, aluminio y fito-estrogénos en estas fórmulas.

- INTRODUCCIÓN PRECOZ DE ALIMENTOS EN LA DIETA INFANTIL:

En los últimos años la publicación de una serie de estudios de gran relevancia científica ha impulsado un cambio en las recomendaciones sobre la introducción de alimentos potencialmente alergénicos en la dieta de los lactantes. Las estrategias de prevención basadas en el retraso de la introducción de determinados alimentos no solo han demostrado ser inefectivas sino que además parecen relacionarse con un aumento en el riesgo de desarrollo de alergias alimentarias, por lo que diversos ensayos clínicos han tratado de analizar el papel de la introducción precoz de diversos alimentos en el desarrollo de alergias alimentarias.

El estudio LEAP (Learning Early About Peanut allergy) demostró en niños con alto riesgo de alergia (dermatitis atópica severa y/o alergia al huevo) sin sensibilización previa al cacahuete (prick test < 1 mm) una prevalencia de alergia al cacahuete a los 60 meses significativamente mayor en aquellos que evitaron su consumo (13,7%) frente a aquellos que lo introdujeron en los primeros 11 meses de vida (1,9%). En aquellos con sensibilización previa al cacahuete (prick 1-4 mm) se evidenció aún mayor beneficio en la introducción precoz con una prevalencia de alergia del 10,6% en el grupo de consumo precoz frente a un 35,5% en el grupo de evitación. El estudio LEAP-on continuó el seguimiento hasta los 5 años en el grupo de introducción precoz demostrando persistencia de la tolerancia al cacahuete incluso tras un periodo de evitación de 12 meses.

Posteriormente el estudio EAT (Enquiring About Tolerance) evaluó en niños de la población general alimentados con lactancia materna el efecto de la introducción a los 3 meses de vida de 6 alimentos: cacahuete, huevo, leche, sésamo, trigo y pescado. Aunque no se evidenció reducción en el desarrollo de alergia en el análisis por intención de tratar debido probablemente al bajo porcentaje de cumplimiento en el grupo de intervención (<40%), el análisis por protocolo demostró una prevalencia significativamente menor de alergia alimentaria en el grupo de introducción precoz (2,4% frente 7,3%, $p = 0,01$). Además se objetivó un papel protector en el desarrollo de alergia al cacahuete (0% vs. 2,5%, $P = 0,003$) y al huevo (1,4% vs. 5,5%, $P = 0,009$) con su introducción precoz. La principal limitación del estudio radicó en la baja tasa de cumplimiento del protocolo del estudio lo que pone de manifiesto las dificultades logísticas para la introducción precoz de estos alimentos en la práctica habitual. Un sub-análisis posterior analizando específicamente los datos de niños de riesgo (raza no blanca, eccema severa y sensibilización alimentaria) confirmó el beneficio de la introducción precoz evidenciándose prevalencias significativamente menores de alergia alimentaria y especialmente de alergia al huevo.

Diversos ensayos clínicos han analizado el efecto de la introducción precoz del huevo, confirmando un posible papel protector en el desarrollo de sensibilización o alergia al huevo (72–74). Sin embargo, los estudios difieren en la población analizada (riesgo estándar o alto riesgo de alergia) y en tipo de huevo empleado. Los estudios EAT (Enquiring about Tolerance)(32,33) y PETIT (Prevention of Egg allergy with Tiny amount of InTake)(34), este último en niños con eccema, demostraron mayor beneficio al utilizar huevo cocinado. Otros cuatro estudios STAR (Solids Timing for Allergy Research)(35) (68), STEP (Starting Time for Egg Protein)(36), BEAT (Beating Egg Allergy)(37) y HEAP (Hen's Egg Allergy Prevention)(38) emplearon huevo crudo pasteurizado. Dos de ellos (STAR y BEAT) demostraron una menor sensibilización al huevo pero no reducción en la prevalencia de alergia al huevo. Es importante resaltar que en estos estudios entre el 3,9% y el 30% de los niños desarrolló algún tipo de reacción al huevo con su primera introducción, especialmente cuanto mayor fuera el riesgo de alergia de los niños incluidos.

Considerando estos resultados las distintas sociedades científicas han sugerido recomendaciones discrepantes en cuanto al momento óptimo de la introducción, la forma de hacerlo o la necesidad o no de pruebas complementarias previas. No obstante, la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI) recoge en su última guía tras realizar una revisión sistemática de toda la evidencia disponible recomendaciones en cuanto a la introducción del cacahuete y el

huevo en la alimentación complementaria. En países en los cuales la alergia al huevo es prevalente, recomienda introducir huevo bien cocinado (pero no crudo ni pasteurizado) en la dieta de los lactantes entre los 4 y los 6 meses de edad. En relación al cacahuete, recomienda en poblaciones en las cuales exista una elevada prevalencia de alergia y especialmente en niños de riesgo, aconsejar la introducción en consistencia adecuada a la edad junto a la lactancia materna entre los 4-6 meses de edad. Sin embargo, sugieren que no sea el primer sólido a introducir en la dieta del lactante.

En cuanto al resto de alimentos, actualmente no existe evidencia suficiente para demostrar el beneficio de su introducción precoz. Sin embargo, existen estudios piloto que evalúan la administración temprana de diversos alimentos en forma de polvos y harinas formados por una mezcla de leche, huevo, cacahuete, anacardo, almendras, gambas, nueces, trigo, salmón y avellana con resultados iniciales que sugieren su seguridad y eficacia en la prevención del desarrollo de alergia. En general, basado en el beneficio demostrado de la introducción precoz de la leche, el cacahuete y el huevo, parece lógico recomendar la introducción entre los 4-6 meses de edad del resto de alimentos de forma adecuada y segura a la edad y garantizando una dieta variada y equilibrada para el lactante.

5 Discusión-Conclusión

Las alergias alimentarias son una entidad cada vez más prevalente en la infancia que acarrearán una gran repercusión económica y sociosanitaria en la sociedad. Además, pueden producir diversos efectos deletéreos en el estado nutricional y en la calidad de vida de los niños y familias afectados.

Aunque en los últimos años se ha avanzado en gran medida en el conocimiento de los mecanismos involucrados en la tolerancia oral y en los diversos factores relacionados con su alteración, se desconoce aún los mecanismos concretos implicados en la patogenia de los distintos tipos de alergias alimentarias.

Apoyándose en estos nuevos conocimientos y con el objetivo de intentar frenar el avance de esta pandemia, se ha analizado el posible papel protector de una gran variedad de intervenciones. No obstante, aunque existen resultados prometedores a favor del papel preventivo de un gran número de estrategias, actualmente la evidencia científica únicamente justifica el papel en la prevención primaria y secundaria de la introducción precoz entre los 4 y los 6 meses de vida de alimentos potencialmente alérgicos como el huevo y los cacahuets, aunque parece lógico extrapolar esta recomendación al resto de alimentos. Tam-

bién parece justificada la recomendación de evitación del uso de fórmulas adaptadas en los primeros 3 días de vida a fin de prevenir el desarrollo de alergia a la leche, aunque en aquellos lactantes en los que no sea posible evitarlas, puede ser beneficioso continuar con el consumo precoz y mantenido de pequeñas cantidades de fórmula.

A pesar de los resultados esperanzadores de los distintos estudios, será necesario ir confirmando el beneficio de las distintas intervenciones y adecuando las recomendaciones poblaciones a estos resultados. , garantizando siempre un adecuado balance riesgo-beneficio.

6 Bibliografía

1. Burks AW, Jones SM, Boyce JA, Sicherer SH, Wood RA, Assa'ad A, et al. NIAID-Sponsored 2010 Guidelines for Managing Food Allergy: Applications in the Pediatric Population. *Pediatrics*. 1 de noviembre de 2011;128(5):955-65.
2. Connors L, O'Keefe A, Rosenfield L, Kim H. Non-IgE-mediated food hypersensitivity. *Allergy Asthma Clin Immunol*. septiembre de 2018;14(S2):56.
3. Caubet JC, Szajewska H, Shamir R, Nowak-Węgrzyn A. Non-IgE-mediated gastrointestinal food allergies in children. *Pediatr Allergy Immunol*. febrero de 2017;28(1):6-17.
4. Morou Z, Tatsioni A, Dimoliatis IDK, Papadopoulos NG. Health-related quality of life in children with food allergy and their parents: a systematic review of the literature. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2014;24(6):382-95.
5. Zepeda-Ortega B, Goh A, Xepapadaki P, Sprickelman A, Nicolaou N, Hernandez REH, et al. Strategies and Future Opportunities for the Prevention, Diagnosis, and Management of Cow Milk Allergy. *Front Immunol*. 10 de junio de 2021;12:608372.
6. Paparo L, Nocerino R, Ciaglia E, Di Scala C, De Caro C, Russo R, et al. Butyrate as a bioactive human milk protective component against food allergy. *Allergy*. mayo de 2021;76(5):1398-415.
7. Vonk MM, Blokhuis BRJ, Diks MAP, Wagenaar L, Smit JJ, Pieters RHH, et al. Butyrate Enhances Desensitization Induced by Oral Immunotherapy in Cow's Milk Allergic Mice. *Mediators Inflamm*. 16 de enero de 2019;2019:1-12.
8. Folkerts J, Redegeld F, Folkerts G, Blokhuis B, Berg MPM, Bruijn MJW, et al. Butyrate inhibits human mast cell activation via epigenetic regulation of FcεRI-mediated signaling. *Allergy*. agosto de 2020;75(8):1966-78.

9. Järvinen KM, Martin H, Oyoshi MK. Immunomodulatory effects of breast milk on food allergy. *Ann Allergy Asthma Immunol.* agosto de 2019;123(2):133-43.
10. Saarinen KM, Vaarala O, Klemetti P, Savilahti E. Transforming growth factor- β 1 in mothers' colostrum and immune responses to cows' milk proteins in infants with cows' milk allergy. *J Allergy Clin Immunol.* noviembre de 1999;104(5):1093-8.
11. Vale SL, Lobb M, Netting MJ, Murray K, Clifford R, Campbell DE, et al. A systematic review of infant feeding food allergy prevention guidelines – can we AGREE? *World Allergy Organ J.* junio de 2021;14(6):100550.
12. de Silva D, Halken S, Singh C, Muraro A, Angier E, Arasi S, et al. Preventing food allergy in infancy and childhood: Systematic review of randomised controlled trials. Santos A, editor. *Pediatr Allergy Immunol.* octubre de 2020;31(7):813-26.
13. Halken S, Muraro A, de Silva D, Khaleva E, Angier E, Arasi S, et al. EAACI guideline: Preventing the development of food allergy in infants and young children (2020 update). Kalaycı Ö, editor. *Pediatr Allergy Immunol.* julio de 2021;32(5):843-58.
14. Urashima M, Mezawa H, Okuyama M, Urashima T, Hirano D, Gocho N, et al. Primary Prevention of Cow's Milk Sensitization and Food Allergy by Avoiding Supplementation With Cow's Milk Formula at Birth: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr.* 1 de diciembre de 2019;173(12):1137.
15. Sakihara T, Otsuji K, Arakaki Y, Hamada K, Sugiura S, Ito K. Randomized trial of early infant formula introduction to prevent cow's milk allergy. *J Allergy Clin Immunol.* enero de 2021;147(1):224-232.e8.
16. Sakihara T, Otsuji K, Arakaki Y, Hamada K, Sugiura S, Ito K. Early Discontinuation of Cow's Milk Protein Ingestion Is Associated with the Development of Cow's Milk Allergy. *J Allergy Clin Immunol Pract.* enero de 2022;10(1):172-9.
17. Lowe AJ, Hosking CS, Bennett CM, Allen KJ, Axelrad C, Carlin JB, et al. Effect of a partially hydrolyzed whey infant formula at weaning on risk of allergic disease in high-risk children: A randomized controlled trial. *J Allergy Clin Immunol.* agosto de 2011;128(2):360-365.e4.
18. von Berg A, Koletzko S, Grübl A, Filipiak-Pittroff B, Wichmann HE, Bauer CP, et al. The effect of hydrolyzed cow's milk formula for allergy prevention in the first year of life: The German Infant Nutritional Intervention Study, a randomized double-blind trial. *J Allergy Clin Immunol.* marzo de 2003;111(3):533-40.
19. Oldaeus G, Anjou K, Bjorksten B, Moran JR, Kjellman NIM. Extensively and partially hydrolysed infant formulas for allergy prophylaxis. *Arch Dis Child.* 1 de julio de 1997;77(1):4-10.

20. Vandenplas Y, Hauser B, Van den Borre C, Sacre L, Dab I. Effect of a whey hydrolysate prophylaxis of atopic disease. *Ann Allergy*. mayo de 1992;68(5):419-24.
21. Halken S, Hansen KS, Jacobsen HP, Estmann A, Christensen AEF, Hansen LG, et al. Comparison of a partially hydrolyzed infant formula with two extensively hydrolyzed formulas for allergy prevention: A prospective, randomized study: Comparison of hydrolyzed infant formulas for allergy prevention. *Pediatr Allergy Immunol*. agosto de 2000;11(3):149-61.
22. Zeiger RS, Heller S, Mellon MH, Halsey JF, Hamburger RN, Sampson HA. Genetic and environmental factors affecting the development of atopy through age 4 in children of atopic parents: a prospective randomized study of food allergen avoidance. *Pediatr Allergy Immunol*. agosto de 1992;3(3):110-27.
23. Maryniak NZ, Sancho AI, Hansen EB, Bøgh KL. Alternatives to Cow's Milk-Based Infant Formulas in the Prevention and Management of Cow's Milk Allergy. *Foods*. 23 de marzo de 2022;11(7):926.
24. Johnstone DE, Dutton AM. Dietary Prophylaxis of Allergic Disease in Children. *N Engl J Med*. 31 de marzo de 1966;274(13):715-9.
25. Kjellman NIM, Johansson SGO. Soy versus cow's milk in infants with a biparental history of atopic disease: development of atopic disease and immunoglobulins from birth to 4 years of age. *Clin Immunol Immunopathol*. julio de 1979;9(4):347-58.
26. Gruskay FL. Comparison of Breast, Cow, and Soy Feedings in the Prevention of Onset of Allergic Disease: A 15-Year Prospective Study. *Clin Pediatr (Phila)*. agosto de 1982;21(8):486-91.
27. Osborn D, Sinn J. Soy formula for prevention of allergy and food intolerance in infants. En: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2004 [citado 23 de abril de 2022]. p. CD003741.pub2. Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003741.pub2>
28. Agostoni C, Axelsson I, Goulet O, Koletzko B, Michaelsen KF, Puntis J, et al. Soy Protein Infant Formulae and Follow-On Formulae: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. abril de 2006;42(4):352-61.
29. Levy Y, Broides A, Segal N, Danon YL. Peanut and tree nut allergy in children: role of peanut snacks in Israel? *Allergy*. noviembre de 2003;58(11):1206-7.
30. Du Toit G, Roberts G, Sayre PH, Bahnson HT, Radulovic S, Santos AF, et al. Randomized Trial of Peanut Consumption in Infants at Risk for Peanut Allergy. *N Engl J Med*. 26 de febrero de 2015;372(9):803-13.

31. Du Toit G, Sayre PH, Roberts G, Sever ML, Lawson K, Bahnson HT, et al. Effect of Avoidance on Peanut Allergy after Early Peanut Consumption. *N Engl J Med.* 14 de abril de 2016;374(15):1435-43.
32. Perkin MR, Logan K, Tseng A, Raji B, Ayis S, Peacock J, et al. Randomized Trial of Introduction of Allergenic Foods in Breast-Fed Infants. *N Engl J Med.* 5 de mayo de 2016;374(18):1733-43.
33. Perkin MR, Logan K, Bahnson HT, Marrs T, Radulovic S, Craven J, et al. Efficacy of the Enquiring About Tolerance (EAT) study among infants at high risk of developing food allergy. *J Allergy Clin Immunol.* diciembre de 2019;144(6):1606-1614.e2.
34. Natsume O, Kabashima S, Nakazato J, Yamamoto-Hanada K, Narita M, Kondo M, et al. Two-step egg introduction for prevention of egg allergy in high-risk infants with eczema (PETIT): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet.* enero de 2017;389(10066):276-86.
35. Palmer DJ, Metcalfe J, Makrides M, Gold MS, Quinn P, West CE, et al. Early regular egg exposure in infants with eczema: A randomized controlled trial. *J Allergy Clin Immunol.* agosto de 2013;132(2):387-392.e1.
36. Palmer DJ, Sullivan TR, Gold MS, Prescott SL, Makrides M. Randomized controlled trial of early regular egg intake to prevent egg allergy. *J Allergy Clin Immunol.* mayo de 2017;139(5):1600-1607.e2.
37. Wei-Liang Tan J, Valerio C, Barnes EH, Turner PJ, Van Asperen PA, Kakakios AM, et al. A randomized trial of egg introduction from 4 months of age in infants at risk for egg allergy. *J Allergy Clin Immunol.* mayo de 2017;139(5):1621-1628.e8.
38. Bellach J, Schwarz V, Ahrens B, Trendelenburg V, Aksünger Ö, Kalb B, et al. Randomized placebo-controlled trial of hen's egg consumption for primary prevention in infants. *J Allergy Clin Immunol.* mayo de 2017;139(5):1591-1599.e2.
39. Quake AZ, Liu TA, D'Souza R, Jackson KG, Woch M, Tetteh A, et al. Early Introduction of Multi-Allergen Mixture for Prevention of Food Allergy: Pilot Study. *Nutrients.* 9 de febrero de 2022;14(4):737.
40. Pratap K, Taki AC, Johnston EB, Lopata AL, Kamath SD. A Comprehensive Review on Natural Bioactive Compounds and Probiotics as Potential Therapeutics in Food Allergy Treatment. *Front Immunol.* 22 de mayo de 2020;11:996.

Capítulo 4

PREVENCIÓN PRIMARIA DEL DESARROLLO DE ALERGIAS ALIMENTARIAS EN LA INFANCIA: INTERVENCIONES EN LA MADRE DURANTE LA GESTACIÓN Y LACTANCIA

SILVIA RODRIGUEZ MANCHON

1 Introducción

Aunque se desconoce el mecanismo concreto que resulta en la pérdida de la tolerancia oral, un hallazgo clave en estudios animales fue el hecho de que aunque la administración oral de una proteína normalmente induce tolerancia, en otras ocasiones puede conducir a la sensibilización y al desarrollo de enfermedades alérgicas (1). Esta respuesta en modelos animales se ha relacionado con distintos factores que afectan a la permeabilidad epitelial como la inflamación cutánea o las alteraciones genéticas y se han descrito distintas vías de sensibilización alérgica a alimentos como la vía aérea o la piel. Aunque se considera que a nivel intestinal la tolerancia oral es habitualmente la respuesta por defecto, diversos estudios analizando las respuestas Ig E mediadas y la digestibilidad de proteínas alimentarias sugieren que la ruta de exposición oral es también una vía importante de sensibilización a alérgenos alimentarios.

Hablamos de sensibilización alimentaria cuando existen Ig E específicas para un determinado antígeno alimentario, hecho que puede preceder al desarrollo

de clínica de alergia alimentaria. Los mecanismos inmunológicos que conducen a la sensibilización comienzan con el primer contacto con el alérgeno. La pérdida de tolerancia oral será desencadenada por “señales de alarma” secundarias a la exposición a múltiples factores como los patrones moleculares asociados a patógenos (PAMPs) o los patrones moleculares asociados a daño (damage-associated molecular patterns o DAMPs). En respuesta a estas señales, las células epiteliales intestinales producirán la activación de las CD y la producción de citoquinas pro-inflamatorias como IL-25, IL-33 y la linfopoyetina tímica estromal (TSLP) (2). Las CD activadas a su vez activarán las células T naïve para adquirir un fenotipo T helper 2 (Th2) lo que promoverá señales inflamatorias induciendo a las células B antígeno específicas a cambiar de clase y a producir Ig E específicas para los antígenos alimentarios. Además se producirá una supresión, reprogramación y transformación de los linfocitos T reg tolerogénicos a células pro-alérgicas productoras de IL-4 (3). Recientemente se han descrito otros tipos celulares involucrados en la alteración de la tolerancia oral como las células linfoides innatas tipo 2 (ILC2), similares a los linfocitos Th2 pero sin especificidad por antígenos y las células productoras de IL-9, mastocitos capaces de producir diversas citoquinas inflamatorias y capaces de suprimir la función de los reg(4,5). Como ya hemos mencionado, la exposición cutánea a antígenos también se ha relacionado con la sensibilización alérgica y existen diversos factores que alterarán la tolerancia inmune a través de la piel como los defectos en la barrera cutánea secundarios a mutaciones de la filagrina, las agresiones cutáneas o adyuvantes microbianos como la enterotoxina B estafilocócica (4). La vía aérea también se ha relacionado con la sensibilización alérgica a alimentos pudiendo existir reacciones cruzadas entre los neumo-alérgenos inhalados y los antígenos alimentarios produciendo el síndrome de alergia oral. En cualquier caso, una vez que la sensibilización se ha establecido, la re-exposición a los diversos antígenos puede conducir a manifestaciones locales o sistémicas. Una vez producida la Ig E se une al receptor de alta afinidad FcεRI en la superficie de los mastocitos y basófilos, preparando a estas células para la activación en sucesivas re-exposiciones al antígeno. En sucesivos contactos con el antígeno se producirá la activación y la degranulación de estas células y la consiguiente liberación de mediadores como histamina, triptasa, factor activador plaquetario, prostaglandinas y leucotrienos y con ello los posibles efectos locales y sistémicos.

En cuanto a las alergias alimentarias no Ig E mediadas, aunque se desconoce claramente su fisiopatología, se considera diferente a la de las alergias Ig E mediadas y se ha propuesto que la inmunidad celular es principalmente la que media la respuesta inflamatoria alérgica(6,7).

En el FPIES, diversos estudios han demostrado la presencia de respuestas específicas de las células T frente a antígenos alimentarios y la existencia de un desequilibrio entre una secreción exagerada de TNF- α por las células T específicas de alimentos y una respuesta insuficiente de TGF- β (8–11). Se postula que estos mecanismos conducirían a una infiltración de células T y a la inflamación local con el consiguiente aumento de la permeabilidad intestinal y con ello al incremento en el paso de antígenos(12). Sin embargo, también se han descrito en los FPIES respuestas Th2 típicas de las alergias Ig E mediadas con incremento en la producción de citoquinas como IL-4, IL-5, IL-9 e IL-13 que pueden atribuirse a la asociación en estos pacientes de otras comorbilidades atópicas(11,13). En la enteropatía alérgica el daño estructural de la mucosa yeyunal parece ser secundario a la presencia de infiltración celular mediada por células T (11,14) especialmente CD8+ aunque se ha descrito también un incremento en los linfocitos intraepiteliales $\gamma\delta$ -TCR+ (11,15).

2 Objetivos

Evaluar los distintos factores nutricionales y generales que pueden influir en la prevención primaria del desarrollo de alergias en la infancia mediante distintas intervenciones en la madre durante la gestación y lactancia.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Medline a través de Pubmed, empleando las siguientes palabras claves: “food allergy/food hypersensitivity”, “prevention” y “children”, identificándose un total de 911 resultados de los cuales se seleccionaron aquellos relevantes para la revisión. Se amplió progresivamente la búsqueda incluyendo además las siguientes palabras claves: “epidemiology”, “prevalence”, “natural history”, “management”, “oral tolerance”, “pathogenesis”. Tras la búsqueda inicial se revisaron artículos adicionales citados en las bibliografías de las diversas revisiones sistemáticas y estudios analizados.

4 Resultados

- INFLUENCIA DE LA INMUNIDAD MATERNA:

La existencia de un adecuado equilibrio en el sistema inmune materno parece fundamental no sólo para eliminar de forma activa estímulos microbianos poten-

cialmente dañinos, sino que también podría aportar una tolerancia protectora al feto. Se ha postulado que determinados alérgenos podrían ser transferidos de la madre al feto en forma de complejos inmunes IgG/alérgeno (16) de modo que la exposición en el ambiente uterino a estos antígenos podría promover su tolerancia en el periodo neonatal. Además, diversos estudios han descrito que una respuesta materna Th1 podría suponer protección al feto frente a posteriores reacciones alérgicas (17). De igual modo, tanto en estudios humanos como en modelos animales se ha sugerido que la sensibilización alérgica podría ocurrir incluso en el periodo neonatal ya que el ambiente inmunológico uterino podría afectar al desarrollo de alergia en los hijos.

A nivel uterino la placenta supone una barrera entre la circulación fetal y materna de forma que la inmunoglobulina G será el único anticuerpo que puede atravesarla a través del receptor neonatal Fc (FcRn) de los macrófagos placentarios del sincitiotrofoblasto (18). Dentro de los 4 subtipos de Ig G (IgG1, IgG2, IgG3, and IgG4), la IgG4 se asocia con la IgE durante las reacciones alérgicas y se han evidenciado ratios mayores de complejos específicos de alérgenos IgG4/IgE en individuos con tolerancia alérgica en comparación con aquellos con predisposición alérgica (19). Se ha postulado que las madres no atópicas producirían abundantes cantidades de IgG1 e IgG3 que serían transportados a través de la placenta para proteger al feto, por el contrario las madres atópicas producirían más complejos IgE-IgG4 incapaces de atravesar el sincitiotrofoblasto. Además, si la IgE fetal no es suficientemente inhibida por los bajos niveles de IgG1 e IgG3 producidos por la madre podría incluso favorecerse la sensibilización alérgica del recién nacido y el desarrollo precoz de síntomas alérgicos.

- INTERVENCIONES DIETÉTICAS EN LA MADRE:

Diversos estudios han tratado de analizar el papel de las intervenciones dietéticas en la madre tanto durante el embarazo como durante la lactancia en el desarrollo de alergia en sus hijos (20). Se ha analizado la exclusión de huevo y lácteos en la dieta materna sin objetivarse reducción en las cifras de alergia a estos alimentos en sus hijos y varias revisiones sistemáticas coinciden en la ausencia de evidencia a favor de las exclusiones dietéticas en las madres embarazadas (21-25).

Por el contrario, en diversos estudios retrospectivos, el consumo materno de determinados alimentos como pescados, cacahuete y productos lácteos se ha relacionado con una reducción del riesgo de alergia a estos alimentos en los hijos (26,27). Además, en una cohorte prospectiva sueca se evidenció que un mayor consumo de lácteos durante la lactancia se asociaba con una menor prevalencia de alergia alimentaria confirmada a los 12 meses en los hijos (28). En modelos an-

imales también se ha evidenciado que la ingesta de ovoalbúmina en el embarazo induce tolerancia en ratones (29) y se ha propuesto por ello que la exposición intraútero a distintos antígenos podría promover la tolerancia oral y con ello prevenir el desarrollo de alergia en los hijos. Sin embargo, a pesar de estos resultados prometedores, son necesarios ensayos clínicos prospectivos para confirmar estos hallazgos.

Se ha analizado también el papel preventivo de determinados patrones dietéticos como la dieta mediterránea sin evidenciarse una reducción del desarrollo de dermatitis atópica ni alergia alimentaria en los hijos (25).

Actualmente en base a estos resultados, las últimas recomendaciones de la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica [EAACI por sus siglas en inglés (European Academy of Allergy and Clinical Immunology)] desaconsejan la exclusión de potenciales alérgenos alimentarios durante el embarazo y la lactancia ante la ausencia de evidencia y los potenciales riesgos nutricionales asociados para la madre (24). En cambio, recomiendan a las madres embarazadas seguir las recomendaciones dietéticas locales y el consumo de una dieta variada saludable y equilibrada.

- CONSUMO MATERNO DE ACEITE DE PESCADO Y SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS:

La administración de suplementos de aceite de pescado ricos en omega 3 exclusivamente durante la lactancia no parece reducir el riesgo de alergia en la infancia (30), aunque su ingesta mantenida durante el embarazo y la lactancia podría reducir discretamente el riesgo de alergia en niños de riesgo con baja evidencia científica (31).

En cuanto a la administración de suplementos vitamínicos en la madre gestante y/o en las lactantes, esta intervención parece tener poco o ningún efecto en la prevención de alergia aunque de igual forma la evidencia es incierta(23,32). Concretamente varios estudios han analizado la suplementación con vitamina D durante el embarazo sin resultados concluyentes(33–35).

Por todo ello, actualmente solo se recomienda la suplementación en aquellas gestantes que no alcancen a través de la dieta sus necesidades diarias de vitaminas, minerales y omega 3 con el objetivo de cubrir sus requerimientos diarios pero no con el fin de prevenir el desarrollo de alergias en la infancia (24).

- MODULACIÓN DE LA MICROBIOTA MATERNA:

Hasta hace unos años se asumía que el tracto gastrointestinal del feto era estéril, sin embargo, la identificación de bajas cantidades de bacterias en las membranas

fetales, en el meconio, en el líquido amniótico y en la placenta apuntan a que la exposición bacteriana del feto se inicia ya incluso durante la gestación pudiendo existir un paso materno-fetal de bacterias comensales a través de la barrera placentaria (17,36–38). Diversos estudios en modelos animales han demostrado la influencia de la microbiota intestinal materna en el desarrollo de la microbiota e inmunidad infantil (39,40). Además, la adecuada colonización bacteriana parece fundamental para el desarrollo de una mucosa intestinal saludable, mientras que una exposición bacteriana insuficiente en la primera infancia podría estimular respuestas Th2 y contribuir al desarrollo de respuestas inmunes inadecuadas (41) confiriendo una mayor susceptibilidad al desarrollo de alergia, asma y enfermedades autoinmunes (42).

Tras el nacimiento, múltiples factores como el tipo de parto (vaginal o cesárea), el uso de antibióticos o el tipo de alimentación (lactancia materna o artificial) influirán en el desarrollo de la microbiota infantil. Aunque se desconoce el mecanismo exacto, se ha descrito en modelos animales la posible transferencia de microbiota intestinal materna a través de la lactancia materna favoreciendo la creación de un ambiente tolerogénico y disminuyendo el riesgo de desarrollo de alergia en la descendencia (43).

En vista a estos hallazgos se ha explorado el papel de la modificación de la microbiota fetal como forma de prevención del desarrollo de atopia mediante la estimulación de una respuesta inmune predominantemente Th1 (17). Se ha descrito el posible papel protector en el desarrollo de atopia del *Lactobacillus* GG administrado pre y post natalmente en madres con riesgo de atopia (44) y la administración en las madres de una combinación de probióticos (*Lactobacillus rhamnosus* GG, *L. acidophilus* La-5 y *Bifidobacterium animalis* subsp. *lactis* Bb-12) podría reducir el desarrollo de dermatitis atópica en los hijos (45). Sin embargo, los estudios publicados hasta el momento difieren en las cepas estudiadas, en la cantidad administrada y en la duración y el momento de la suplementación. Por todo ello, actualmente no hay evidencia suficiente a favor de la suplementación prenatal con probióticos aunque tampoco existen datos que sugieran efectos negativos en las madres ni los niños con su administración (17,23,24).

5 Discusión-Conclusión

Las alergias alimentarias son una entidad cada vez más prevalente en la infancia que acarrearán una gran repercusión económica y socio-sanitaria en la sociedad. Además pueden producir diversos efectos deletéreos en el estado nutricional y en la calidad de vida de los niños y familias afectados.

Aunque en los últimos años se ha avanzado en gran medida en el conocimiento de los mecanismos involucrados en la tolerancia oral y en los diversos factores relacionados con su alteración, se desconoce aún los mecanismos concretos implicados en la patogenia de los distintos tipos de alergias alimentarias.

Apoyándose en estos nuevos conocimientos y con el objetivo de intentar frenar el avance de esta pandemia, se ha analizado el posible papel protector de una gran variedad de intervenciones iniciadas incluso antes del nacimiento en las madres gestantes y otras establecidas durante la lactancia. No obstante, aunque existen resultados prometedores a favor del papel preventivo de un gran número de estrategias, actualmente la evidencia científica no justifica la implementación de ninguna de estas intervenciones. Actualmente, las últimas recomendaciones de la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica recomiendan a las madres embarazadas seguir las recomendaciones dietéticas locales y el consumo de una dieta variada saludable y equilibrada, suplementando únicamente en aquellas gestantes que no alcancen a través de la dieta sus necesidades diarias de vitaminas, minerales y omega 3 con el objetivo de cubrir sus requerimientos diarios pero no con el fin de prevenir el desarrollo de alergias en la infancia.

6 Bibliografía

1. Oyoshi MK, Oettgen HC, Chatila TA, Geha RS, Bryce PJ. Food allergy: Insights into etiology, prevention, and treatment provided by murine models. *J Allergy Clin Immunol.* febrero de 2014;133(2):309-17.
2. Barni S, Liccioli G, Sarti L, Giovannini M, Novembre E, Mori F. Immunoglobulin E (IgE)-Mediated Food Allergy in Children: Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, Prevention, and Management. *Medicina (Mex).* 4 de marzo de 2020;56(3):111.
3. De Martinis M, Sirufo MM, Suppa M, Ginaldi L. New Perspectives in Food Allergy. *Int J Mol Sci.* 21 de febrero de 2020;21(4):1474.
4. Sampson HA, O'Mahony L, Burks AW, Plaut M, Lack G, Akdis CA. Mechanisms of food allergy. *J Allergy Clin Immunol.* enero de 2018;141(1):11-9.
5. Shik D, Tomar S, Lee JB, Chen CY, Smith A, Wang YH. IL-9-producing cells in the development of IgE-mediated food allergy. *Semin Immunopathol.* enero de 2017;39(1):69-77.
6. Calvani M, Anania C, Cuomo B, D'Auria E, Decimo F, Indirli GC, et al. Non-IgE- or Mixed IgE/Non-IgE-Mediated Gastrointestinal Food Allergies in the First Years of Life: Old and New Tools for Diagnosis. *Nutrients.* 14 de enero de 2021;13(1):226.

7. Lin XP, Magnusson J, Ahlstedt S, Dahlman-Höglund A, Hanson LÅ, Magnusson O, et al. Local allergic reaction in food-hypersensitive adults despite a lack of systemic food-specific IgE. *J Allergy Clin Immunol.* mayo de 2002;109(5):879-87.
8. González-Delgado P, Caparrós E, Moreno MV, Clemente F, Flores E, Velásquez L, et al. Clinical and immunological characteristics of a pediatric population with food protein-induced enterocolitis syndrome (FPIES) to fish. *Pediatr Allergy Immunol.* mayo de 2016;27(3):269-75.
9. Shek LPC, Bardina L, Castro R, Sampson HA, Beyer K. Humoral and cellular responses to cow milk proteins in patients with milk-induced IgE-mediated and non-IgE-mediated disorders. *Allergy.* julio de 2005;60(7):912-9.
10. Konstantinou GN, Bencharitiwong R, Grishin A, Caubet JC, Bardina L, Sicherer SH, et al. The role of casein-specific IgA and TGF- β in children with food protein-induced enterocolitis syndrome to milk. *Pediatr Allergy Immunol.* noviembre de 2014;25(7):651-6.
11. Labrosse R, Graham F, Caubet JC. Non-IgE-Mediated Gastrointestinal Food Allergies in Children: An Update. *Nutrients.* 14 de julio de 2020;12(7):2086.
12. Caubet JC, Nowak-Węgrzyn A. Current understanding of the immune mechanisms of food protein-induced enterocolitis syndrome. *Expert Rev Clin Immunol.* mayo de 2011;7(3):317-27.
13. Kimura M, Ito Y, Shimomura M, Morishita H, Meguro T, Adachi Y, et al. Cytokine profile after oral food challenge in infants with food protein-induced enterocolitis syndrome. *Allergol Int.* julio de 2017;66(3):452-7.
14. Khoshoo V, Bhan MK, Kumar R, Arora NK, Stintzing G. Is Cow's Milk Protein Sensitive Enteropathy a Cell Mediated Immunological Phenomenon? *Acta Paediatr.* 21 de enero de 2008;80(11):1092-3.
15. Augustin MT, Kokkonen J, Karttunen TJ. Duodenal cytotoxic lymphocytes in cow's milk protein sensitive enteropathy and coeliac disease. *Scand J Gastroenterol.* enero de 2005;40(12):1398-406.
16. Ohsaki A, Venturelli N, Buccigrosso TM, Osganian SK, Lee J, Blumberg RS, et al. Maternal IgG immune complexes induce food allergen-specific tolerance in offspring. *J Exp Med.* 2 de enero de 2018;215(1):91-113.
17. Jiao L, Su CW, Cao T, Zheng S, Walker WA, Shi HN. Maternal Influences and Intervention Strategies on the Development of Food Allergy in Offspring. *Front Immunol.* 23 de febrero de 2022;13:817062.
18. Palmeira P, Quinello C, Silveira-Lessa AL, Zago CA, Carneiro-Sampaio M. IgG Placental Transfer in Healthy and Pathological Pregnancies. *Clin Dev Immunol.* 2012;2012:1-13.
19. Geroldinger-Simic M, Zelniker T, Aberer W, Ebner C, Egger C, Greiderer

- A, et al. Birch pollen-related food allergy: Clinical aspects and the role of allergen-specific IgE and IgG4 antibodies. *J Allergy Clin Immunol.* marzo de 2011;127(3):616-622.e1.
20. Zepeda-Ortega B, Goh A, Xepapadaki P, Sprickelman A, Nicolaou N, Hernandez REH, et al. Strategies and Future Opportunities for the Prevention, Diagnosis, and Management of Cow Milk Allergy. *Front Immunol.* 10 de junio de 2021;12:608372.
21. Vale SL, Lobb M, Netting MJ, Murray K, Clifford R, Campbell DE, et al. A systematic review of infant feeding food allergy prevention guidelines – can we AGREE? *World Allergy Organ J.* junio de 2021;14(6):100550.
22. Kramer MS, Kakuma R. Maternal dietary antigen avoidance during pregnancy or lactation, or both, for preventing or treating atopic disease in the child. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 12 de septiembre de 2012 [citado 20 de abril de 2022]; Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000133.pub3>
23. de Silva D, Halken S, Singh C, Muraro A, Angier E, Arasi S, et al. Preventing food allergy in infancy and childhood: Systematic review of randomised controlled trials. Santos A, editor. *Pediatr Allergy Immunol.* octubre de 2020;31(7):813-26.
24. Halken S, Muraro A, de Silva D, Khaleva E, Angier E, Arasi S, et al. EAACI guideline: Preventing the development of food allergy in infants and young children (2020 update). Kalaycı Ö, editor. *Pediatr Allergy Immunol.* julio de 2021;32(5):843-58.
25. Venter C, Greenhawt M, Meyer RW, Agostoni C, Reese I, Toit G, et al. EAACI position paper on diet diversity in pregnancy, infancy and childhood: Novel concepts and implications for studies in allergy and asthma. *Allergy.* marzo de 2020;75(3):497-523.
26. Calvani M, Alessandri C, Sopo SM, Panetta V, Pingitore G, Tripodi S, et al. Consumption of fish, butter and margarine during pregnancy and development of allergic sensitizations in the offspring: role of maternal atopy. *Pediatr Allergy Immunol.* marzo de 2006;17(2):94-102.
27. Bunyavanich S, Rifas-Shiman SL, Platts-Mills TA, Workman L, Sordillo JE, Camargo CA, et al. Peanut, milk, and wheat intake during pregnancy is associated with reduced allergy and asthma in children. *J Allergy Clin Immunol.* mayo de 2014;133(5):1373-82.
28. Stråvik M, Barman M, Hesselmar B, Sandin A, Wold AE, Sandberg AS. Maternal Intake of Cow's Milk during Lactation Is Associated with Lower Prevalence of Food Allergy in Offspring. *Nutrients.* 28 de noviembre de 2020;12(12):3680.

29. Polte T, Hansen G. Maternal tolerance achieved during pregnancy is transferred to the offspring via breast milk and persistently protects the offspring from allergic asthma. *Clin Exp Allergy*. diciembre de 2008;38(12):1950-8.
30. Dunstan JA, Mori TA, Barden A, Beilin LJ, Taylor AL, Holt PG, et al. Fish oil supplementation in pregnancy modifies neonatal allergen-specific immune responses and clinical outcomes in infants at high risk of atopy. *J Allergy Clin Immunol*. diciembre de 2003;112(6):1178-84.
31. Furuholm C, Warstedt K, Larsson J, Fredriksson M, Böttcher MF, Fälth-Magnusson K, et al. Fish oil supplementation in pregnancy and lactation may decrease the risk of infant allergy. *Acta Paediatr*. septiembre de 2009;98(9):1461-7.
32. Luo C, Sun Y, Zeng Z, Liu Y, Peng S. Vitamin D supplementation in pregnant women or infants for preventing allergic diseases: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Chin Med J (Engl)*. 5 de febrero de 2022;135(3):276-84.
33. Goldring ST, Griffiths CJ, Martineau AR, Robinson S, Yu C, Poulton S, et al. Prenatal Vitamin D Supplementation and Child Respiratory Health: A Randomised Controlled Trial. Fehrenbach H, editor. *PLoS ONE*. 24 de junio de 2013;8(6):e66627.
34. Norizoe C, Akiyama N, Segawa T, Tachimoto H, Mezawa H, Ida H, et al. Increased food allergy and vitamin D: Randomized, double-blind, placebo-controlled trial: Vitamin D and food allergy. *Pediatr Int*. febrero de 2014;56(1):6-12.
35. Rosendahl J, Pelkonen AS, Helve O, Hauta-alus H, Holmlund-Suila E, Valkama S, et al. High-Dose Vitamin D Supplementation Does Not Prevent Allergic Sensitization of Infants. *J Pediatr*. junio de 2019;209:139-145.e1.
36. Jiménez E, Fernández L, Marín ML, Martín R, Odriozola JM, Nueno-Palop C, et al. Isolation of Commensal Bacteria from Umbilical Cord Blood of Healthy Neonates Born by Cesarean Section. *Curr Microbiol*. octubre de 2005;51(4):270-4.
37. Han YW, Ikegami A, Bissada NF, Herbst M, Redline RW, Ashmead GG. Transmission of an Uncultivated *Bergeyella* Strain from the Oral Cavity to Amniotic Fluid in a Case of Preterm Birth. *J Clin Microbiol*. abril de 2006;44(4):1475-83.
38. Aagaard K, Ma J, Antony KM, Ganu R, Petrosino J, Versalovic J. The Placenta Harbors a Unique Microbiome. *Sci Transl Med [Internet]*. 21 de mayo de 2014 [citado 21 de abril de 2022];6(237). Disponible en: <https://www.science.org/doi/10.1126/scitranslmed.3008599>.
39. Gomez de Agüero M, Ganai-Vonarburg SC, Fuhrer T, Rupp S, Uchimura Y, Li H, et al. The maternal microbiota drives early postnatal innate immune develop-

ment. *Science*. 18 de marzo de 2016;351(6279):1296-302.

40. Nyangahu DD, Lennard KS, Brown BP, Darby MG, Wendoh JM, Havyarimana E, et al. Disruption of maternal gut microbiota during gestation alters offspring microbiota and immunity. *Microbiome*. diciembre de 2018;6(1):124.

41. Apostol AC, Jensen KDC, Beaudin AE. Training the Fetal Immune System Through Maternal Inflammation—A Layered Hygiene Hypothesis. *Front Immunol*. 11 de febrero de 2020;11:123.

42. Romagnani S. The increased prevalence of allergy and the hygiene hypothesis: missing immune deviation, reduced immune suppression, or both? *Immunology*. julio de 2004;112(3):352-63.

43. Selle A, Brosseau C, Dijk W, Duval A, Bouchaud G, Rousseaux A, et al. Prebiotic Supplementation During Gestation Induces a Tolerogenic Environment and a Protective Microbiota in Offspring Mitigating Food Allergy. *Front Immunol*. 5 de enero de 2022;12:745535.

44. Kalliomäki M, Salminen S, Arvilommi H, Kero P, Koskinen P, Isolauri E. Probiotics in primary prevention of atopic disease: a randomised placebo-controlled trial. *The Lancet*. abril de 2001;357(9262):1076-9.

45. Simpson MR, Dotterud CK, Storrø O, Johnsen R, Øien T. Perinatal probiotic supplementation in the prevention of allergy related disease: 6 year follow up of a randomised controlled trial. *BMC Dermatol*. diciembre de 2015;15(1):13.

Capítulo 5

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA INFECCIÓN POR CRYPTOSPORIDIUM EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

MARÍA JUNCAL MENA HUARTE

LUCIA PALACIO TOMÁS

1 Introducción

Cryptosporidium es un parásito intracelular que causa una infección llamada criptosporidiasis. Es una de las parasitosis intestinales más frecuentes en el ser humano, y más concretamente en el paciente pediátrico, sobre todo lactante y preescolar. La criptosporidiasis produce afectación fundamentalmente digestiva, y aunque en la mayoría de las ocasiones cursa de forma asintomática, en pacientes pediátricos o pacientes inmunocomprometidos puede causar diarrea, que puede llegar a ser grave sobre todo según el estado inmunitario del paciente.

Las especies que con más frecuencia afectan al ser humano son *Cryptosporidium hominis*, cuyo reservorio fundamentalmente es el ser humano, y *Cryptosporidium parvum*, con reservorio en el ganado bovino. La principal fuente de transmisión es a través de aguas contaminadas, tanto de consumo como recreativas, pudiendo aparecer en forma de brotes en poblaciones. También se puede transmitir de persona a persona o de animal a persona.

El diagnóstico se realiza mediante el análisis de las heces del paciente afecto y la visualización microscópica de los ooquistes de *Cryptosporidium*. Actualmente la inmunofluorescencia directa (IFD) es el método estándar y más sensible en comparación con la visualización directa mediante tinción de los ooquistes en las

heces. Sin embargo, cada vez es más frecuente el uso de técnicas de amplificación mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR), ya que es más sensible y permite diferenciar los genotipos de *Cryptosporidium*.

En la mayoría de las ocasiones la infección por *Cryptosporidium* no precisa tratamiento, más que de soporte en el caso de presentar diarrea. En diarreas persistentes o graves, o pacientes inmunodeprimidos, además de tratamiento de soporte se recomienda como tratamiento de elección nitazoxanida o como alternativa paromomicina. Se pueden administrar asociados con azitromicina en casos de pacientes inmunocomprometidos.

La prevención de la transmisión de la infección por *Cryptosporidium* se basa fundamentalmente en medidas de salud públicas como el control de aguas de consumo y de recreo, y control de animales. A nivel individual la adecuada higiene personal y sobre todo la realización correcta y de forma frecuente del lavado de manos es fundamental. Los pacientes con diarrea y sus cuidadores deben extremar las precauciones en el manejo de los residuos fecales.

2 Objetivos

- Revisar la bibliografía de la infección causada por el parásito *Cryptosporidium* en la población pediátrica.
- Exponer las características clínicas y de transmisión de la criptosporidiasis, así como su diagnóstico y manejo.
- Describir las medidas más importantes de prevención.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica disponible. Se ha procedido a revisar las últimas actualizaciones en bases de datos como Uptodate o ClinicalKey, y también artículos disponibles en revistas médicas pediátricas, así como otros trabajos científicos publicados. Se han revisado protocolos tanto de entidades nacionales oficiales como de asociaciones pediátricas nacionales. También se han consultado guías pediátricas y recursos disponibles de asociaciones pediátricas reconocidas.

4 Resultados

Cryptosporidium es un parásito intracelular, que cuando infecta al ser humano causa la enfermedad llamada criptosporidiasis, de afectación fundamentalmente digestiva. Es una de las parasitosis intestinales producidas por protozoos más frecuentes, junto con *Giardia*. [1,2]

Se conocen más de 30 especies de *Cryptosporidium*, siendo las que más frecuentemente afectan al ser humano *Cryptosporidium hominis* y *Cryptosporidium parvum*. *C. hominis* se aísla más frecuentemente en brotes en áreas urbanas, con mayor densidad de población, siendo el principal reservorio el ser humano. La vía más frecuente de transmisión es a través de aguas contaminadas, mediante su consumo o por usos recreativos. Mientras que *C. parvum* se asocia a brotes en zonas rurales, siendo el principal reservorio el intestino del ganado bovino, y el contagio por contacto directo con animales infectados o aguas contaminadas. [3,4,5]

Cryptosporidium se transmite de persona a persona, de animal a persona o desde una fuente alimentaria o hídrica. El principal mecanismo de transmisión es feco-oral. Las principales fuentes de contagio son la ingesta de agua o alimentos crudos contaminados o desde aguas con usos recreativos, ya que los ooquistes resisten la cloración y pueden sobrevivir viables incluso meses en ciertas condiciones ambientales, sobre todo en superficies húmedas y frías. Los ooquistes eliminados por vía fecal tienen capacidad infecciosa desde el momento de su excreción, y aunque no se multiplican fuera, sí que lo hacen en el hospedador, por lo que aunque la cantidad ingerida sea pequeña, esta puede ser causa de infección. El tiempo medio de incubación de *Cryptosporidium* es de siete días. Los ooquistes se encuentran presentes en heces desde el comienzo de los síntomas y hasta varias semanas después de la finalización de los mismos. [4,5,6] . Los ooquistes de *Cryptosporidium* ingeridos, liberan los esporozoitos en el lumen intestinal, los cuales penetran en las células epiteliales intestinales (más raramente puede penetrar en sistema respiratorio), produciendo una inflamación a nivel intestinal con alteración estructural de las vellosidades intestinales, lo que provoca alteraciones en la función de absorción y secreción intestinales. [3,6]

Clínicamente la infección por *Cryptosporidium* puede ser desde asintomática, hasta producir una diarrea severa, siendo las personas inmunocomprometidas y los pacientes pediátricos, sobre todos lactantes y preescolares, los grupos poblacionales más susceptibles. En pacientes inmunocompetentes, la infección suele cursar de forma asintomática o con una diarrea autolimitada que se resuelve sin precisar tratamiento a los 10-14 días, aunque puede alargarse más o tener alguna

recaída tras una mejoría inicial a los días o incluso semanas. En pacientes inmunocomprometidos, puede causar una diarrea acuosa de larga evolución. Además puede asociar otros síntomas como colangitis, colecistitis, hepatitis y pancreatitis. En pacientes pediátricos, si la diarrea es muy persistente puede afectar a largo plazo a su estado nutricional y desarrollo pondero-estatural, sobre todo en pacientes en países en vías de desarrollo. [1,3,4]

El diagnóstico de la infección por *Cryptosporidium*, como de la mayoría de parásitos, se realiza mediante el análisis microscópico de las heces. El diagnóstico microscópico se basa en la visualización de los ooquistes de *Cryptosporidium* en las heces mediante tinción de Ziehl-Neelsen modificada o tinciones acidorresistentes, pero es menos sensible que la detección mediante inmunofluorescencia, que es la técnica de referencia en la actualidad. En la inmunofluorescencia directa, se usarán anticuerpos monoclonales dirigidos contra antígenos de la pared celular de los ooquistes de *Cryptosporidium*. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR), es cada vez más utilizada, al ser más sensible que los estudios microbiológicos y permitir diferenciar genotipos. También se puede realizar la detección de *Cryptosporidium* sobre muestras de biopsias intestinales, pero como la infección puede ser parcheada la sensibilidad es menor que el análisis de una muestra de heces, además de precisar procedimientos invasivos para la obtención del tejido. El estudio serológico se usa sobre todo con fines epidemiológicos. [3,4]

En pacientes inmunocompetentes, la infección suele cursar de forma asintomática o como una diarrea leve autolimitada, requiriendo en estos casos únicamente tratamiento de soporte mediante reposición hidroelectrolítica. En pacientes inmunocomprometidos o diarreas graves y persistentes (más de dos semanas), está indicado tratamiento antiparasitario con nitazoxanida o paromomicina. La pauta recomendada en pacientes pediátricos de nitazoxanida es: entre 1 y 3 años 100mg cada 12 horas, entre 4 y 11 años 200 mg cada 12 horas y en mayores de 500 mg cada 12 horas, durante 3 días por vía oral. En España, la nitazoxanida, no está comercializada siendo un medicamento disponible como medicación extranjera. La alternativa es la paromomicina, en dosis de 25-35 mg/kg/día, repartido en 2-4 dosis durante 7- 14 días. La paromomicina está disponible en España en forma de cápsulas duras de 250 mg o en solución. En pacientes inmunodeprimidos se puede asociar la nitazoxanida o paromomicina con azitromicina. [1,8,9,10]

La infección por *Cryptosporidium* es una enfermedad de declaración obligatoria (EDO) desde 2009. Se deben notificar los casos confirmados al Centro Nacional de Epidemiología a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. [1,5] Entre las medidas preventivas generales recomendadas se encuentran el correcto control higiénico-sanitario de aguas de consumo y de recreo, así como un ade-

cuado control de los animales. A nivel individual se recomienda una adecuada higiene personal, sobre todo con correcto y frecuente lavado de manos. Ante un caso de criptosporidiasis, se deben tener precauciones sobre todo de tipo entérico, teniendo especial cuidado en el manejo de las heces, ya que pueden seguir excretándose los ooquistes incluso una vez finalizada la diarrea. Se recomienda que los pacientes con criptosporidiasis no usen las aguas de uso recreativo incluso dos semanas después del cese de la diarrea. [5,6,10]

5 Discusión-Conclusión

La criptosporidiasis es una infección causada por el parásito *Cryptosporidium*. La fuente de contagio más frecuente son las aguas de consumo o aguas de uso recreativo, contaminadas por los ooquistes de *Cryptosporidium*. Clínicamente suele cursar de forma asintomática o con una diarrea leve, pero en pacientes pediátricos o inmunodeprimidos puede causar una diarrea persistente e incluso grave.

El diagnóstico de la infección se realiza mediante el análisis microscópico de las heces, siendo la técnica de referencia en la actualidad la inmunofluorescencia directa (IFD), por delante de las técnicas de tinción. La mayoría de las veces la infección por *Cryptosporidium* no precisa tratamiento, al ser un cuadro de diarrea leve autolimitado. Sin embargo, en casos de diarrea persistente, se recomienda el tratamiento con nitazoxanida o paromomicina.

En España se encuentra incluida dentro de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

6 Bibliografía

1. García Pérez C, Coronel Rodríguez C, Díaz-Cano Carmona E, Ruiz Pérez De Pipaón M, González Soria MD, Begara De La Fuente M, Aznar Martin J, Guisado Rasco MC. *Cryptosporidium* spp. en pacientes pediátricos *Pediatr Integral* 2019; XXIII (1): 52–55.
2. Barros García P, Martínez Escribano B, Romero González J. Parasitosis intestinales. *Protoc diagn ter pediatr.* 2023;1:123-137
3. Karin Leder, MBBS, FRACP, PhD, MPH, DTMH, Peter F Weller, MD, MACP. *Cryptosporidiosis: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis.* [Internet]. En: Edward T Ryan, MD, DTMH (Ed). *Walthman* (MA): UpToDate; 2023 [acceso 16 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

4. A. Clinton White, Jr. Criptosporidiosis (género *Cryptosporidium*). En: Mandell, Douglas, Bennett. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica, 282, 3410-3420.
5. Protocolo de vigilancia de criptosporidiosis. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Madrid, 2013. (Consultado el 16 de agosto 2023): 63-69. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/Protocolo%20de%20Vigilancia%20de%20Criptosporidiosis.pdf>
6. *Cryptosporidium* spp. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Ministerio de Trabajo u Economía Social. Última actualización: 24 de marzo de 2022. Disponible en: <https://www.insst.es/agentes-biologicos-basebio/parasitos/cryptosporidium-spp>.
7. Karin Leder, MBBS, FRACP, PhD, MPH, DTMH, Peter F Weller, MD, MACP. Cryptosporidiosis: Treatment and prevention. En: Edward T Ryan, MD, DTMH (Ed). Waltham (MA): UpToDate; 2023 [acceso 16 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
8. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. Edición 2015. ISSN 2531-2464. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/nitazoxanida>. Consultado el 08/09/2023.
9. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. Edición 2015. ISSN 2531-2464. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/paromomicina>. Consultado el 08/09/2023.
10. Aparicio Rodrigo M, Díaz Cirujano AI. Parasitosis intestinal (v.1/2021). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 3-mayo-2021; consultado el 08-09-2023]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>.

Capítulo 6

SHOCK. CUIDADOS CRÍTICOS: CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DE ATENCIÓN URGENTE

ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO

RAQUEL MARTÍN GALLEGO

ALICIA MÁRQUEZ TRUJILLO

ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ

MARIA ANGELA VALERO MANCEBO

1 Introducción

El shock es un síndrome derivado de un consumo insuficiente de oxígeno para las necesidades metabólicas celulares en nuestros tejidos. Consiste en una respuesta del organismo ante una situación inapropiada.

En situaciones de extrema urgencia y gravedad, la respuesta exagerada de nuestro cuerpo por reaccionar frente a un peligro inminente, acaba ocasionando un conjunto de medidas encaminadas a la supervivencia: la preservación del gasto cardiaco, la función pulmonar, o la circulación sanguínea son claves en el medio de acción para contrarrestar aquellas circunstancias que constituyen un riesgo para nuestro sistema de equilibrio interno. De persistir esta situación puede llevar al fracaso multiorgánico y a la muerte. Por este motivo, es una enfermedad

grave y potencialmente mortal, en la que el cuerpo presenta una respuesta patológica en la que no está recibiendo flujo de sangre suficiente, muchos órganos pueden dañarse como consecuencia de esta situación de estrés.

En la atención urgente de este perfil de paciente, incluimos la medición de constantes vitales a la llegada del paciente en el servicio de urgencias, así como una clasificación por criterios que se explican a continuación en el trabajo.

Los puntos clave para entender esta enfermedad constan a continuación, determinando un cuadro clínico caracterizado a grandes rasgos por: hipotensión, taquicardia, y alteraciones analíticas.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste el shock y su repercusión a nivel global en nuestro sistema.
- Dar a conocer las medidas de cuidados dirigidas a la atención sanitaria de este tipo de pacientes en modo intensivo y de urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos como: Dialnet, Scielo y PubMed.

Como criterios de inclusión se han tenido en cuenta artículos tanto en inglés como en español y desde el año 2018 hasta la actualidad.

Las palabras clave elegidas han sido: shock, intensivos, urgencias, tratamiento.

Las palabras clave han sido combinadas con los operadores booleanos OR y AND.

4 Resultados

En la asistencia inicial de este paciente incluimos una evaluación global desde el punto de vista médico. La atención sanitaria incluye toda una serie de cuidados encaminados a la preservación del funcionamiento interno de todos los órganos y la estabilización hemodinámica.

Clasificación del shock:

1. Shock hipovolémico. Disminución del contenido vascular. Pérdidas o acumulación en tercer espacio (hemorragia, vómitos, diarrea).
2. Shock cardiogénico. Fallo mecánico intrínseco (síndrome coronario agudo, infarto agudo de miocardio, pericarditis, insuficiencia valvular aguda).

3. Shock obstructivo. Fallo miocárdico extrínseco (tromboembolismo pulmonar, taponamiento cardíaco, neumotórax a tensión).
4. Shock distributivo. Alteración entre continente-contenido vascular (shock séptico, shock anafiláctico, shock neurogénico).
5. Shock combinado. Se debe a combinación de varios tipos de shock.

Criterios de shock:

1. Palidez mucocutánea, frialdad de extremidades y mucosas, sudoración fría, pulso débil.
2. Alteración del nivel de conciencia (agitación psicomotriz, confusión mental, delirium, alteración del comportamiento y conductas).
3. Hipotensión arterial (Tensión arterial sistólica TAS < 90, o bien una caída mayor de 40 mmHg en las cifras habituales de tensión arterial).
4. Temperatura igual o superior a 38°C, o bien menor de 36°C.
5. Taquicardia (Frecuencia cardíaca superior a 90 lpm).
6. Taquipnea (Frecuencia respiratoria superior a 22 respiraciones/minuto, o bien PaCO₂ < 32).
7. Leucocitosis > 12.000, o bien Leucopenia < 4.000.
8. Oliguria (diuresis menor de 0,5 ml/kg/h).
9. Acidosis metabólica (lactato > 4, o bien déficit de bases menor de -5).

Diagnóstico. Pruebas complementarias en el shock:

- Bioquímica (Glucosa, creatinina, iones, perfil hepático, PCR)
- Hemograma (Hemoglobina, hematocrito).
- Coagulación (D-dímero si sospecha de tromboembolismo pulmonar).
- Gasometría arterial / venosa (si satO₂ < 92% valorar gasometría arterial)
- Pruebas cruzadas (si valora transfusión sanguínea).
- Hemocultivos / Urocultivos (Fiebre + marcadores de sepsis PCR/PCT).
- Orina (sedimento de orina).
- Radiografía de tórax.

5 Discusión-Conclusión

En el tratamiento del paciente en estado de shock se incluyen medidas de decúbito supino, monitorización de constantes vitales, canalización de vías venosas periféricas; sondaje vesical, soporte respiratorio y sueroterapia, en varias ocasiones necesario la utilización de drogas vasoactivas. Cuando es necesario elevar la presión arterial, los fármacos más utilizados suelen ser noradrenalina, dopamina, y dobutamina por este mismo orden de importancia. En cuanto al

soporte respiratorio, cabe destacar la importancia que ha crecido durante los últimos años la utilización de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) como un aporte fundamental para el mantenimiento de la función pulmonar. La monitorización continua de constantes también representa un pilar fundamental.

6 Bibliografía

1. Blumlein D, Griffiths I. Shock: aetiology, pathophysiology and management. *Br J Nurs.* 2022 Apr 21;31(8):422-428. doi: 10.12968/bjon.2022.31.8.422. PMID: 35439071.
2. Standl T, Annecke T, Cascorbi I, Heller AR, Sabashnikov A, Teske W. The Nomenclature, Definition and Distinction of Types of Shock. *Dtsch Arztebl Int.* 2018 Nov 9;115(45):757-768. doi: 10.3238/arztebl.2018.0757. PMID: 30573009; PMCID: PMC6323133.
3. Patel S, Holden K, Calvin B, DiSilvio B, Dumont T. Shock. *Crit Care Nurs Q.* 2022 Jul-Sep 01;45(3):225-232. doi: 10.1097/CNQ.0000000000000407. PMID: 35617089.
4. Wacker DA, Winters ME. Shock. *Emerg Med Clin North Am.* 2014 Nov;32(4):747-58. doi: 10.1016/j.emc.2014.07.003. Epub 2014 Aug 28. PMID: 25441032.

Capítulo 7

INSUFICIENCIA CARDIACA: SÍNDROME CLÍNICO Y ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO

ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ

MARIA ANGELA VALERO MANCEBO

ALICIA MÁRQUEZ TRUJILLO

RAQUEL MARTÍN GALLEGO

1 Introducción

Existen multitud de definiciones que pueden ser aplicables a esta entidad clínica característica que nos ocupa.

La insuficiencia cardiaca como patología es una enfermedad en la que influyen distintos factores y componentes que conllevan un debilitamiento progresivo y crónico en la funcionalidad de las paredes cardiacas, con el consecuente aumento del gasto cardiaco que es generado como progresivamente disminuido.

En la actualidad, la definición más aceptada es aquella que considera esta entidad clínico-patológica como un síndrome basado en las anormalidades de la función ventricular izquierda y en la respuesta neurohormonal, asociadas con la intolerancia al esfuerzo, disnea acompañante a las actividades diarias y en reposo, retención de líquidos y edema; y reducción de la longevidad.

Los pacientes enfermos cardíacas sufren a menudo descompensaciones, lo que se traduce en una mayor comorbilidad, disminución de la calidad de vida, y un aumento en el gasto sanitario de los países más desarrollados. La asistencia del paciente con afectación cardíaca comienza con un estudio completo, ecocardiograma, y evaluación con electrocardiograma.

La orientación clínico-diagnóstica nos determinará el perfil de paciente, implicando otros factores de riesgo cardiovascular que indicamos a tener en cuenta: obesidad, sedentarismo, tabaquismo; diabetes, síndrome metabólico, y alteraciones tanto de dislipemias como de hipertrigliceridemias.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste la insuficiencia cardíaca y su repercusión a nivel global en nuestro sistema.
- Conocer medidas de cuidados dirigidas a la atención sanitaria de este tipo de pacientes en modo crónico y en las descompensaciones causadas por otros motivos desencadenantes.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos como: Dialnet, Scielo y PubMed.

Como criterios de inclusión se han tenido en cuenta artículos tanto en inglés como en español y desde el año 2018 hasta la actualidad.

Las palabras clave elegidas han sido: cardiopatía, cardiovascular, ecocardiograma, tratamiento. Las palabras clave han sido combinadas con los operadores booleanos OR y AND.

4 Resultados

La evaluación inicial del paciente con insuficiencia cardíaca tiene por objetivo confirmar los cuadro diagnósticos imprescindibles para orientar correctamente el tratamiento.

1. Diagnóstico sindrómico. ¿Existe realmente insuficiencia cardíaca?.
2. Diagnóstico fisiopatológico: distinguir entre disfunción sistólica y diastólica.
3. Diagnóstico etiológico: identificar las causas y factores agravantes o precipitantes.

4. Diagnóstico funcional: grado de tolerancia al esfuerzo.

La importancia sanitaria.

La insuficiencia cardiaca es un síndrome muy extendido ampliamente en la población mayor, su repercusión en la salud cabe ser mencionada en el grupo de pacientes con cardiopatía, la insuficiencia cardiaca incrementa con la edad y el paso del tiempo. También presenta una elevada morbilidad y mortalidad (al año viven 76% y a los 5 años el 35%). En este sentido, los predictores de muerte son: la edad, clase funcional alta, fracción de eyección baja, presencia de arritmias, y la etiología isquémica. Así mismo, cabe destacar que presenta un coste sociosanitario elevado en relación con hospitalización, ya que está aumentando. La terapéutica ha conseguido que los pacientes viven más y mejor.

Concepto y tipos de insuficiencia cardiaca.

Es un síndrome clínico caracterizado por la incapacidad del corazón para mantener un aporte de sangre adecuado a los tejidos, o bien cuando para conseguirlo eleva la presión de llenado, que incrementa el llenado de ventrículo izquierdo y el volumen de eyección.

La congestión venosa es un criterio de diagnóstico clásico.

Es el aumento de presión en las aurículas. Se transmite retrógradamente a todo el sistema venoso. Es un mecanismo compensador: eleva la presión de llenado ventricular izquierda final (TFVI) y el llenado. Restablece el volumen de expulsión. Las causas son múltiples y se pueden clasificar según: el tipo de insuficiencia (diastólica, o sistólica), o bien según el mecanismo de producción (por sobrecarga mecánica, o dificultad de llenado).

5 Discusión-Conclusión

A grandes rasgos, podemos concluir que la insuficiencia cardiaca conlleva actualmente un grupo importante de enfermos en nuestra población. La clasificación que se hace de estos pacientes depende de su nivel de disnea en función a la respuesta a esfuerzos en la actividad diaria. La orientación clínica es fundamental con base en una correcta historia clínica, anamnesis, recogida de datos y en función del resto de categorías que quedan recogidas en el examen físico. Las pruebas complementarias: ecocardiograma, electrocardiograma, y ergometría son fundamentales en la determinación y clasificación de estos pacientes, según el grado de adaptación al medio; y son una categorización de su nivel fisiopatológico de extensión y progresión de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. Chen J, Aronowitz P. Congestive Heart Failure. *Med Clin North Am.* 2022 May;106(3):447-458.
2. Kennelly P, Sapkota R, Azhar M, Cheema FH, Conway C, Hameed A. Diuretic therapy in congestive heart failure. *Acta Cardiol.* 2022 Apr;77(2):97-104.
3. La Franca E, Manno G, Ajello L, Di Gesaro G, Minà C, Visconti C, Bellavia D, Falletta C, Romano G, Dell' Oglio S, Licata P, Caronia A, Gallo M, Clemenza F. Physiopathology and Diagnosis of Congestive Heart Failure: Consolidated Certainties and New Perspectives. *Curr Probl Cardiol.* 2021 Mar;46(3):100691.

Capítulo 8

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO

MARIA ANGELA VALERO MANCEBO

ALICIA MÁRQUEZ TRUJILLO

RAQUEL MARTÍN GALLEGO

ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ

1 Introducción

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es el mecanismo de acción para contrarrestar la parada brusca del mecanismo cardiorrespiratorio, también conocido como parada cardiorrespiratoria (PCR), generalmente inesperada y potencialmente reversible de la actividad respiratoria y de la actividad mecánica de bombeo del corazón.

Las primeras descripciones de la reanimación aparecen en los escritos antiguos, haciendo referencia a medidas de respiración artificial y de reanimación, que posteriormente fueron aplicadas con carácter científico a diferentes técnicas utilizadas para pacientes en paro cardiorrespiratorio, pero los mayores avances han sido los conseguidos en las últimas tres décadas: por este motivo, se documentan distintas aplicaciones del masaje cardiaco externo, y el desarrollo de lo que hoy conocemos como técnicas de soporte vital básico.

En los inicios de los años setenta, la Asociación Americana del Corazón en Estados Unidos, presenta el primer protocolo de estándares de calidad y guías clínicas

aplicadas para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, fundamentado principalmente por las técnicas de soporte básico y avanzado.

A partir de entonces, se forma un comité de expertos encargados de elaborar un soporte para los clínicos, y así reunir todos los conocimientos aportados anualmente y elaborar nuevas recomendaciones para el uso diario de nuevos descubrimientos en las medidas dirigidas a mantener con vida a los pacientes que sufren el paro cardíaco.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste la reanimación cardiopulmonar y la implicación de las medidas implementadas en los protocolos actuales.
- Dar a conocer las medidas de asistencia sanitaria dirigidas a este tipo de pacientes atendidos en urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos como: Dialnet, Scielo y PubMed.

Como criterios de inclusión se han tenido en cuenta artículos tanto en inglés como en español y desde el año 2018 hasta la actualidad.

Las palabras clave elegidas han sido: reanimación, parada, asistencia, urgencias, manejo. Las palabras clave han sido combinadas con los operadores booleanos OR y AND.

4 Resultados

En primer lugar, la asistencia inicial es la adecuada cuando comprobamos si el paciente responde y/o respira con normalidad. Para ello, nos podemos situar colocando nuestra cabeza sobre el pecho del paciente y la oreja, aproximando sobre la boca y nariz, para escuchar ruidos respiratorios de entrada y salida de aire; al tiempo que podemos comprobar con nuestra mirada los movimientos torácicos respiratorios expansivos de llenado (inspiración e insuflación torácicos), y de salida de aire de los pulmones.

Esta es una manera fácil y sencilla de comprobar el funcionamiento correcto de la función pulmonar de una asistencia inicial sin ser necesarios otros aparatos, es una evaluación rápida en la que cualquier signo que haga indicar una parada

en la respiración o en el latido cardiaco nos debe alertar instantáneamente y la primera medida indicada es alertar con los medios que disponemos y llamar a un equipo de asistencia.

En caso de encontrarse en un lugar alejado, llamar al número de teléfono de urgencias (112) indicando la presencia de una parada cardiorrespiratoria, e iniciar lo más rápidamente posible las maniobras de compresión torácicas con RCP en proporción 30:2, esto significa 30 compresiones por cada 2 insuflaciones respiratorias.

En caso de disponer de un aparato DESA (Desfibrilador semiautomático) de los que se encuentran dispersos por distintos lugares públicos (supermercados, centros comerciales, estaciones de tren, etc.) podremos evaluar el ritmo, y el aparato podrá determinar si el ritmo es desfibrilable (fibrilación ventricular / taquicardia ventricular sin pulso) en cuyo caso hará una descarga eléctrica para normalizar el ritmo; y, en caso de encontrar un ritmo no desfibrilable, (actividad eléctrica sin pulso / asistolia) entonces habrá que continuar con maniobras de RCP durante 2 minutos más al menos, hasta que el aparato vuelva a chequear ritmo.

5 Discusión-Conclusión

Durante el tratamiento inmediato de la parada cardiaca, procuraremos conseguir un electrocardiograma (ECG) del paciente siempre que sea posible y esté al alcance de nuestros medios o del equipo de urgencia que atienda inicialmente al paciente.

Se resalta la importancia de prestar especial atención a la causa precipitante y resulta imprescindible una medición de las constantes vitales con el fin de asegurar una correcta estabilización clínica del paciente.

Durante la RCP es fundamental asegurarse de que las compresiones torácicas sean de buena calidad, minimizar posibles interrupciones en las maniobras de reanimación y, tan pronto como sea posible, iniciar la administración de adrenalina cada 3-5 minutos. Después de 3 descargas, habrá que considerar la administración de amiodarona según protocolos.

6 Bibliografía

1. Michels G, Pöss J, Thiele H. ERC-Leitlinien 2021 zur kardiopulmonalen Reanimation [ERC guidelines 2021 on cardiopulmonary resuscitation]. Herz. 2022 Feb;47(1):4-11. German.

2. Mertes PM, Kindo M, Amour J, Baufreton C, Camilleri L, Caus T, Chatel D, Cholley B, Curtil A, Grimaud JP, Houel R, Kattou F, Fellahi JL, Guidon C, Guinot PG, Lebreton G, Marguerite S, Ouattara A, Provenchère Fruithiot S, Rozec B, Verhoye JP, Vincentelli A, Charbonneau H. Guidelines on enhanced recovery after cardiac surgery under cardiopulmonary bypass or off-pump. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2022 Jun;41(3):101059.
3. Wnent J, Gräsner JT, Maurer H. Update Reanimation – präklinische Reanimation [Out-of-Hospital Cardiopulmonary Resuscitation]. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 2020 Apr;55(4):218-231. German.

Capítulo 9

EL DIPLOMADO/A DE ENFERMERÍA Y EL TRABAJO EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

JOSE LUIS TOLMOS RIVERA

1 Introducción

Se define el servicio de urgencias de un hospital como el área sanitaria que tiene la misión de prestar atención médica a los pacientes que lo demanden de manera urgente, estableciéndose un código de atención que va a permitir una gestión del riesgo clínico de cada paciente y ello permitirá a los profesionales sanitarios trabajar con seguridad cuando existan situaciones en la que la afluencia de pacientes sea elevada. Para ello, el diplomado/a de enfermería que se encuentre en la consulta de triaje, valorará el estado de salud de los pacientes a través de un código de colores que son: rojo, naranja, amarillo, verde y azul.

- El color rojo, indica que el paciente esta en estado grave y su vida corre peligro por lo que la atención debe ser inmediata.
- El color naranja, indica que el paciente puede evolucionar de forma rápida a un estado grave y correr peligro su vida por lo que debe ser atendido rápido y aplicarle los tratamientos necesarios para su estabilización.
- El color amarillo indica que el paciente esta ligeramente grave, pero su vida no corre peligro por lo que su atención se podría demorar un par de horas si fuera necesario por un elevado volumen en las urgencias.

- El color verde, indica que el paciente está leve y que su vida no corre peligro, su atención puede esperar.
- El color azul, indica que el paciente no tiene ningún riesgo por lo que puede esperar para ser tratado.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo será conocer el método de trabajo y las funciones en el servicio de urgencias hospitalarias por parte del diplomado/a de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diferentes trabajos científicos que están vinculados con el tema escogido. La información se ha buscado en bases científicas como Wikipedia, Google, Medline ,introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros y descriptores como: trabajo, funciones, urgencias.

4 Resultados

El servicio de urgencias de un hospital se divide en diferentes áreas, en las que el diplomado/a de enfermería podrá desarrollar su trabajo. Estas áreas son:

- Admisión
- Triage
- Área asistencial médica: boxes o consultas, área críticos o semicríticos, consultas de enfermería
- Área de observación
- Sala de sillones
- Área asistencias o cirugía menor
- Sala de yesos

Las funciones a desarrollar por este profesional sanitario pueden ser muy variadas según el área en el que se encuentre, pero prácticamente estas funciones son muy semejantes en todas y cada una de las áreas de urgencias. Algunas de estas funciones son:

- A la llegada del paciente al servicio de urgencias, deberá ayudar a estabilizarlo si es necesario y realizar la toma de constantes.
- Informar al paciente y sus familiares cuando le sea requerido por el equipo facultativo.
- Administrar el tratamiento indicado por el médico.
- Colaborar en la realización de pruebas o exámenes para detectar problemas que no se ven sin una prueba diagnóstica como un TAC, una radiografía o una ecografía.
- Vigilar la evolución del paciente asignado durante la atención en el servicio de urgencias.

Por todo lo citado anteriormente, el diplomado/a de enfermería ha de ser un profesional sanitario con una capacidad adaptativa y de respuesta rápida ante situaciones de estrés, siendo resolutivo ante situaciones con pacientes que se encuentren en estado grave y tener una comunicación fluida con el resto de sus compañeros como los equipos médicos o los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Además, debe contar con un carácter humano y emocional para lidiar con las familias de los pacientes enfermos, prestándoles todo su apoyo y comprensión durante el tiempo que se encuentren ingresados en esta área del hospital.

5 Discusión-Conclusión

Para terminar diremos que, el equipo de diplomados/as de enfermería que conforma el área de urgencias son un tipo de profesionales sanitarios que tienen diferentes funciones aunque muy parecidas según el área de urgencias en el que estén asignados (triaje, boxes, área de observación etc.). La figura de este profesional es esencial en las urgencias hospitalarias ya que está capacitado y formado para atender todo tipo de acontecimientos que puedan llegar u ocurrir, además de ser indispensable para el equipo facultativo ya que son su mano derecha y delegan muchas tareas en ellos. Es esencial, que el equipo multidisciplinar de esta área lleve a cabo un trabajo en equipo de esta forma será más rápido y eficaz y con una atención de mejor calidad.

6 Bibliografía

1. <https://www.npunto.es/revista/50/el-rol-de-enfermeria-en-los-servicios-de-emergencias-medicas>.
2. <https://www.unir.net/salud/revista/enfermeria-urgencias/>.

Capítulo 10

LA ACTIVIDAD FÍSICA Y COGNITIVA COMO HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL DETERIORO COGNITIVO

ANA PILAR SALINAS ARMERO

1 Introducción

Actualmente, el fenómeno de envejecimiento se ha extendido a nivel mundial. Muestra de ello, es que España, según datos oficiales del INE, en su última publicación, cuenta con un total de 9.057.193 personas mayores, lo que supone un 19,3% del total de población de nuestro país. Para matizar este dato, también tenemos que mencionar, el crecimiento de la población octogenaria española, que ya ocupa un 6,1% del total de población.

Según el INE, estas cifras seguirán aumentando tanto en número como en proporción, de manera que en 2068 podríamos contar con más de 14 millones de personas envejecidas, siendo esto un 29,4% de la población total en España.

Por ello, debemos partir de que el envejecimiento es un proceso, dinámico y progresivo, que genera cambios morfológicos, como pueden ser la disminución de la fuerza y masa muscular; funcionales; bioquímicos y psicológicos en la persona, dicho proceso forma parte del ciclo vital del ser humano y, por lo tanto, es inevitable. Entre las causas más importantes que han favorecido a este envejecimiento de la población, tenemos que destacar tres: la baja natalidad y fecundidad, el aumento de la calidad de vida y la baja mortalidad. (2)

Como consecuencia del envejecimiento, el cerebro y el sistema nervioso del ser humano, también se ve afectado, lo que provoca modificaciones en las diferentes

funciones cognitivas, tales como la memoria, orientación, cálculo, lenguaje, conducta, atención, comprensión y juicio. Dicho deterioro se conoce como deterioro cognitivo. (3)

Por ello, es importante saber que, a nivel anatómico, el cerebro está formado por cuatro lóbulos, cada uno de los cuales se encarga de controlar y coordinar varias funciones cerebrales:

- El lóbulo temporal que controla la memoria, la audición y el aprendizaje.
- El lóbulo occipital encargado de todo aquello relacionado con la visión.
- El lóbulo parietal dirige todo lo que tiene que ver con el tacto, el gusto, el olfato, la presión y temperatura.
- El lóbulo frontal controla el razonamiento, movimiento, emociones, atención y lenguaje. (4)

También, es importante mencionar el concepto de demencia, el cual es definido como un trastorno neurológico que se caracteriza por el deterioro de las funciones cognitivas y emocionales.

Ambos conceptos, demencia y deterioro cognitivo, a simple vista son parecidos, pero difieren en el grado de afectación de la funcionalidad del individuo. Es decir, el término deterioro cognitivo leve hace referencia a personas que presentan deterioro de las capacidades cognitivas, especialmente la memoria, pero dicho deterioro no interfiere en la realización de las actividades de la vida diaria.

La aparición del deterioro cognitivo no está ligada únicamente con la edad avanzada, sino que existen una serie de factores de riesgo que abarcan desde los factores genéticos; bioquímicos y demográficos; hasta los factores cardiovasculares como la HTA, hipercolesterolemia, diabetes, obesidad, tabaquismo; estilos de vida y enfermedades como la depresión, Parkinson y enfermedad del Alzheimer. (3)

Hoy en día, el deterioro cognitivo es uno de los problemas más importantes que existen en la sociedad, ya que no sólo origina cambios en la independencia y la salud de la población anciana, sino que también puede causar otros síndromes geriátricos como el síndrome de caídas o el síndrome de fragilidad. Por ello, es fundamental la detección precoz y la prevención de este tipo de patologías.

El diagnóstico del deterioro cognitivo comienza cuando el paciente o la familia verbaliza problemas de memoria. En este caso de sospecha, es muy útil el empleo del Examen Mínimo del Estado Mental. Así mismo, en su diagnóstico es importante atender a los fármacos consumidos por el paciente, ya que en el 42% de los pacientes polimedicados se observan alteraciones cognitivas.

En la prevención del deterioro cognitivo, ocupa una posición clave el envejecimiento activo, que es descrito por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

como el “proceso que optimiza las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. Para lograrlo, es indispensable contar con una serie de requisitos:

- Llevar un estilo de vida activo.
- Competencia, conocimiento y creatividad profesional, en el diseño de programas de intervención.
- Compromiso y motivación por parte de los mayores, para escoger aquellas alternativas terapéuticas más afines a sus intereses.

Respecto al tratamiento del deterioro cognitivo, en primer lugar, encontramos el farmacológico, en el cual se emplean los inhibidores de la colinesterasa, que mejoran la función cognitiva y los síntomas neuropsiquiátricos, pero no evitan su progresión a una demencia.

Sin embargo, los efectos adversos que producen los fármacos han incentivado la investigación por otro tipo de terapias no farmacológicas que puedan complementar a estas. En este sentido, existen múltiples evidencias sobre la práctica de ejercicio físico como instrumento para tratar o retrasar la aparición del deterioro cognitivo.

Haciendo referencia a las terapias no farmacológicas, también tenemos que reseñar el alcance y la importancia, según varios estudios, que está teniendo el entrenamiento cognitivo en este tipo de patología, ya que hoy en día se sostiene que el daño cognitivo no se asocia únicamente al envejecimiento físico, sino que la falta de entrenamiento habitual de las habilidades cotidianas es un factor de riesgo notable.

El entrenamiento cognitivo es una actividad que permite la práctica de tareas relacionadas con varios aspectos cognitivos como la atención, el lenguaje o la función ejecutiva.

Diversas hipótesis, apuestan por el entrenamiento combinado físico-cognitivo como más efectivo, que ambos por separado. (6)

En resumen, el número de personas mayores es cada vez más amplio, de manera que se incrementa de forma notable la aparición de patologías como el deterioro cognitivo, puesto que son el grupo de población más vulnerable a sufrirlo.

Por lo tanto, debemos centrar nuestro foco de atención en llevar a cabo un abordaje completo y multifactorial de dicho problema, que vaya desde la detección precoz y temprana de la enfermedad hasta las intervenciones enfermeras que se pueden desarrollar en el proceso.

2 Objetivos

- Definir el deterioro cognitivo y su clasificación.
- Conocer la eficacia del entrenamiento físico y cognitivo como prevención del deterioro cognitivo.
- Conocer la eficacia del entrenamiento físico y cognitivo como terapia del deterioro cognitivo.
- Establecer programas de intervención en entrenamiento físico y entrenamiento cognitivo en ancianos con deterioro cognitivo.
- Exponer la intervención enfermera en todo este proceso.

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 término de deterioro cognitivo fue nombrado por Reisberg en 1988 y posteriormente definido por Flicker en 1991. Después, en 1999 Petersen lo define como “un síndrome que se presenta con un déficit cognitivo mayor al que es esperado por la edad, sin que se produzca una alteración de las actividades de la vida diaria (AVD) y sin cumplir criterios de demencia”. También, fijó que la memoria es la función mental superior, alterada principalmente, y que el resto de las capacidades pueden permanecer intactas.

De manera que, las primeras definiciones del concepto se centraban en focalizar el deterioro cognitivo, como una condición que aparecía con anterioridad a la enfermedad del Alzheimer. Sin embargo, se demostró que no todos los tipos de deterioro cognitivo daban lugar a esta patología.

Como consecuencia, en 2003 se llegó a un acuerdo sobre el constructo del concepto de deterioro cognitivo, que determinaba que este no sólo recogía alteraciones de la memoria, sino que podían existir modificaciones en otras funciones cognitivas. (7)

Por lo tanto, el concepto de deterioro cognitivo hace referencia a una disminución o pérdida de la productividad, de una o varias capacidades mentales superi-

ores, las cuales abarcan la memoria, el lenguaje, la orientación, el aprendizaje, la capacidad de cálculo, razonamiento y pensamiento abstracto.

Un componente importante a destacar en este concepto es que dicho deterioro supone una decadencia del nivel de funcionamiento previo, es decir, de aquellas funciones ya aprendidas, pudiendo desencadenar trastornos que afectan al correcto funcionamiento del cerebro. De modo que, el deterioro cognitivo no es una enfermedad en sí misma, sino un síndrome que presenta una clínica y un diagnóstico muy heterogéneo.

Por último, me parece conveniente abarcar y explicar los criterios diagnósticos del Deterioro Cognitivo Leve, ya que una detección precoz es fundamental para mejorar el pronóstico y la calidad de vida del paciente.

Los criterios diagnósticos más utilizados se enumeran a continuación:

- ☒ Pérdida de memoria verbalizada por el paciente o un familiar.
- ☒ Normalidad en las actividades de la vida diaria (AVD).
- ☒ Ausencia de los criterios diagnósticos de demencia, expuestos en párrafos anteriores.
- ☒ Cognición general normal.

No obstante, estos criterios no pueden definir una población homogénea afectada por este síndrome, ya que el Deterioro Cognitivo Leve (DCL), depende de múltiples factores tanto etiológicos, como clínicos.

En vista a esto, en 2006, el grupo de trabajo del European Consortium on Alzheimer's Disease, realizó una revisión del concepto definiendo un nuevo procedimiento diagnóstico basado en tres pasos:

1º) El DCL debería caracterizarse por lo siguiente:

- Quejas cognitivas por parte del paciente o familia.
- Caída del funcionamiento cognitivo en comparación con las capacidades previas, en el último año.
- Alteración de la memoria o de otro dominio cognitivo.
- Las alteraciones existentes no tienen repercusiones en las actividades de la vida diaria.
- Ausencia de criterios diagnósticos de demencia.

2º) Conocer el subtipo de DCL en función de los dominios afectados.

3º) Identificar la etiología del síndrome.

EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO FÍSICO Y COGNITIVO COMO PREVENCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO.

Entre los años 2004 y 2007, Lautenschlager llevó a cabo un ensayo aleatorio, en el que los participantes tenían una edad mayor de 50 años. Para la selección de los

voluntarios, se realizó una evaluación individual que incluía numerosas escalas y test, como, por ejemplo: el Mini-Examen del estado mental, la clasificación de demencia clínica y la batería neuropsicológica del Consorcio para el Establecimiento de un Registro de la Enfermedad de Alzheimer, entre otras. Hay que destacar, que aquellas personas que cumplían con los criterios de investigación, para

15 un posterior diagnóstico de la demencia, fueron descartadas. Tras esta selección, se produjo la evaluación física y cognitiva de los participantes, que posteriormente fueron distribuidos de manera aleatoria, entre un Grupo de Control de Atención Habitual, el cual no recibió material a cerca de actividad física; y otro grupo de intervención de Actividad Física. El objetivo del estudio era que los voluntarios del segundo grupo realizasen al menos 150 minutos de actividad física a la semana, repartidos en tres sesiones de 50 minutos. Los resultados evidencian que los participantes del grupo de ejercicio presentaban mejores puntuaciones en la prueba ADAS-Cog, utilizada para evaluar la enfermedad del Alzheimer y el estado de cognición, que los del grupo de control habitual y, además, mostraban un mejor recuerdo diferido. (13) Otro estudio (2009), llevado a cabo por Masley, reveló la asociación positiva entre el ejercicio aeróbico y diversas funciones de la cognición. La intervención tuvo una duración de 10 semanas. Se repartieron de manera aleatoria a los sujetos en dos grupos; un grupo de control que continuó con su nivel de actividad normal; y un grupo de tratamiento que recibió un programa de ejercicios aeróbicos para desarrollar, en un rango de 5-6 días a la semana durante unos 45 minutos al día. En el grupo de tratamiento, se observó un cambio importante en las puntuaciones cognitivas; como son la velocidad mental, tiempo de reacción, atención y flexibilidad cognitiva; desde el inicio del estudio. Sin embargo, se observó que casi la mitad de los participantes del grupo de tratamiento practicaban ejercicio durante más de 5 días semanales, mientras que el resto de los miembros lo hacían alrededor de 3 días semanales. En consecuencia, se aumentaron los sujetos participantes en el grupo de tratamiento, para buscar una relación entre la frecuencia de ejercicio y la mejora cognitiva. Los resultados del estudio mostraron una mejora de las funciones cognitivas, nombradas anteriormente, tanto en el grupo de intervención inicial como en el de intervención combinado. Siendo esta mayor en el grupo de intervención físicamente más activo (5 o más días semanales).

CONOCER LA EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO FÍSICO Y COGNITIVO COMO TERAPIA DEL DETERIORO COGNITIVO.

En primer lugar, trataremos el factor del ejercicio físico. Como hemos comentado en apartados anteriores, la práctica de actividad física tiene múltiples beneficios

en nuestro cuerpo. En el caso del cerebro, el ejercicio físico desempeña un gran papel en la neuroplasticidad cerebral. Este concepto hace alusión a la capacidad del sistema nervioso para cambiar y adaptarse, estructural y funcionalmente, a los estímulos del medio. La neuroplasticidad puede ser adaptativa o beneficiosa, favoreciendo la mejoría de la función cognitiva, o, por el contrario, desadaptativa, provocando una alteración o pérdida de la función.

Cuando desempeñamos alguna actividad física se provoca un aumento del flujo cerebral, del volumen de sangre en el cerebro y, por consiguiente, un aumento del total de los vasos sanguíneos. Como desencadenante de estas modificaciones, aumenta el oxígeno, la glucosa y los nutrientes en nuestro cerebro, estimulando el crecimiento celular y la eliminación de determinados desechos metabólicos, como la β -amiloide, la cual se trata de una proteína anormal presente en el proceso degenerativo de la enfermedad el Alzheimer. De manera que, el ejercicio físico desencadena una neuroplasticidad adaptativa y por tanto beneficiosa. (19) A continuación, expondré una serie de estudios y ensayos que se han desarrollado a lo largo del tiempo, para complementar lo explicado anteriormente, y, en consecuencia, fundamentar los beneficios del entrenamiento físico en pacientes con deterioro cognitivo.

21

En 2010, un estudio desarrollado por Salma Hernández et al, analizó el efecto de un programa de actividad física sobre las funciones cognitivas, el equilibrio y el riesgo de caídas en pacientes con Alzheimer. Para ello, se escogieron pacientes diagnosticados de la enfermedad del Alzheimer, los cuales fueron divididos de manera aleatoria en dos grupos, el de intervención y el grupo de rutina. El grupo de intervención fue sometido a un programa de actividad física, de seis meses de duración, estructurado en tres sesiones semanales. Este tenía como finalidad la estimulación motora y cognitiva de los pacientes, a través de actividades de fuerza, flexibilidad, relajación y/o sesiones de baile. Los instrumentos usados para medir el equilibrio fueron varios, entre los que mencionamos el TUG (Timed Up and Go), que registra el tiempo que tarda la persona en levantarse de una silla, recorrer tres metros caminando y volver a la silla. Cuanto mayor es el tiempo de tardanza, mayor es el riesgo de caída. Y también, la BBS (Berg Balance Scale) que evalúa distintas tareas funcionales en varios escenarios y con diferentes bases de apoyo.

En el caso de la evaluación de la cognición se utilizó el Mini-Mental State Exam (MMSE), que consta de preguntas sobre la orientación espacio y tiempo, atención, recuerdo o lenguaje.

Respecto a los resultados del estudio, se observó un empeoramiento de las pun-

tuaciones en el TUG, del grupo de rutina, y un mantenimiento en el grupo de intervención, posteriores al programa de ejercicio. Además, en la BBS, se visualizaron diferencias destacables entre los grupos, tras el desempeño del programa, en el caso del grupo de intervención, que obtuvo unas puntuaciones más altas, que el grupo de rutina. Sin embargo, en el MMSE, no se obtuvo ninguna diferencia importante entre ambos grupos. De manera que, se evidencia el efecto positivo de la intervención física, sobre los pacientes con Alzheimer. (20)

Otro ensayo (2013) realizado por Suzuki et al, buscó estudiar el efecto de un programa de ejercicio multicomponente en adultos con deterioro cognitivo. Los participantes rondaban una media de edad mayor de 65 años y todos reunían los criterios diagnósticos de DCL. Los adultos fueron repartidos aleatoriamente en un grupo de control, que acudió a dos clases de educación para la salud; y un grupo de intervención, sometido a un programa de actividad física, el cual tuvo una duración de seis meses, alternando ejercicio aeróbico, musculación, reentrenamiento del equilibrio postural y entrenamiento de doble tarea, donde los participantes combinaban tareas cognitivas con el periodo de ejercicio.

Se emplearon el MMSE y la Escala de Evaluación de la Enfermedad del Alzheimer (ADAS-cog) para valorar la cognición. También, para la evaluación de la memoria lógica, se utilizó la escala

22 de la memoria de Wechsler (WMS). Además, se utilizaron varios biomarcadores (T-cho, HbA1c, BDNF, VEGF).

Con relación a los resultados, se encontraron disminuciones de las puntuaciones en el MMSE, del grupo de control. En el caso de la WMS, los participantes del grupo de intervención mostraron mejores puntuaciones. En los biomarcadores, se demostró que niveles bajos de T-cho, al inicio de la intervención, se relacionan con mejores puntuaciones en la WMS. Mientras que niveles altos de BDNF, al comienzo también, mejora los resultados en el ADAS-cog.

En 2016, Cancela et al, publicaron el ensayo “Efectos de una intervención de ejercicio aeróbico a largo plazo en pacientes institucionalizados con demencia”, cuyo objetivo era establecer la relación entre un programa de actividad física y el deterioro cognitivo. Los participantes del estudio fueron escogidos en función de unos criterios de inclusión: edad superior a 65 años, presencia de diagnóstico de demencia, institucionalización, capacidad para caminar sin ayuda y durante 30 minutos. Fueron asignados en dos grupos aleatoriamente: un grupo de ejercicio que llevó a cabo una planificación de ejercicio aeróbico, la cual incluía sesiones diarias de ciclismo, durante 15 meses de duración; y un grupo de control, que en su defecto hizo actividades recreativas. Las herramientas utilizadas para la evaluación fueron el MMSE; el TUG (equilibrio);

índice de Katz de independencia de las AVD; la Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) para valorar los síntomas de depresión mayor; y la evaluación de la memoria inmediata.

Los resultados mostraron mejoras importantes, en el grupo de ejercicio, en todas las variables, tras el estudio, excepto en el caso de la depresión. Más concretamente, en el grupo de ejercicio, destacaron los buenos resultados en el equilibrio y en la memoria. Por el contrario, el grupo de intervención agravó de manera importante la memoria y el deterioro cognitivo. (22)

Para concluir, mencionar el estudio de Casas-Herrero et al (2019), cuya finalidad principal es estudiar la utilidad de un nuevo programa de ejercicios de múltiples componentes (ejercicio aeróbico+ musculación+ flexibilidad+ equilibrio), conocido con el nombre de VIVIFRAIL, en la cognición de pacientes con DCL o demencia. Para contextualizar, VIVIFRAIL ha supuesto un salto significativo, a un programa de ejercicio físico individualizado, teniendo en cuenta siempre, la capacidad funcional del anciano. En 2016, Cancela et al, publicaron el ensayo “Efectos de una intervención de ejercicio aeróbico a largo plazo en pacientes institucionalizados con demencia”, cuyo objetivo era establecer la relación entre un programa de actividad física y el deterioro cognitivo. Los participantes del estudio fueron escogidos en función de unos criterios de inclusión: edad superior a 65 años, presencia de diagnóstico de demencia, institucionalización, capacidad para caminar sin ayuda y durante 30 minutos. Fueron asignados en dos grupos aleatoriamente: un grupo de ejercicio que llevó a cabo una planificación de ejercicio aeróbico, la cual incluía sesiones diarias de ciclismo, durante 15 meses de duración; y un grupo de control, que en su defecto hizo actividades recreativas. Las herramientas utilizadas para la evaluación fueron el MMSE; el TUG (equilibrio);

índice de Katz de independencia de las AVD; la Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) para valorar los síntomas de depresión mayor; y la evaluación de la memoria inmediata.

Los resultados mostraron mejoras importantes, en el grupo de ejercicio, en todas las variables, tras el estudio, excepto en el caso de la depresión. Más concretamente, en el grupo de ejercicio, destacaron los buenos resultados en el equilibrio y en la memoria. Por el contrario, el grupo de intervención agravó de manera importante la memoria y el deterioro cognitivo. (22)

Para concluir, mencionar el estudio de Casas-Herrero et al (2019), cuya finalidad principal es estudiar la utilidad de un nuevo programa de ejercicios de múltiples

componentes (ejercicio aeróbico+ musculación+ flexibilidad+ equilibrio), conocido con el nombre de VIVIFRAIL, en la cognición de pacientes con DCL o demencia. Para contextualizar, VIVIFRAIL ha supuesto un salto significativo, a un programa de ejercicio físico individualizado, teniendo en cuenta siempre, la capacidad funcional del anciano.

5 Discusión-Conclusión

El deterioro cognitivo es un síndrome con una clínica y un diagnóstico muy variable. Como hemos visto, el deterioro cognitivo va acompañado del aumento la edad, pues este aparece junto al proceso de envejecimiento normal. Sin embargo, cuando este deterioro afecta al funcionamiento normal del individuo durante su día a día, estaríamos hablando de una demencia.

Se ha comprobado la etiología multifactorial en el desencadenamiento de este síndrome y la falta de tratamiento para su completa curación. Así pues, esta referencia bibliográfica muestra la relación existente del entrenamiento físico y cognitivo en materia de prevención del deterioro cognitivo. Los estudios científicos revisados concluyen que aquellos pacientes, vulnerables a

32 desarrollar deterioro cognitivo, que son sometidos a programas de intervención basados en entrenamiento físico y/o cognitivo mejoran el rendimiento en sus funciones cognitivas y, por tanto, las puntuaciones obtenidas en varias escalas de valoración cognitiva, como el Mini Mental Test, la más utilizada, en contraposición a aquellos pacientes que no están implicados en dichas planificaciones.

También, con esta revisión se ha estudiado la eficacia de aplicar intervenciones de entrenamiento físico y/o cognitivo como terapia del deterioro cognitivo. En este caso, es concluyente nombrar el estudio realizado por Garamendi Araujo, “Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores”, en el que los resultados determinaron que la aplicación de una intervención de estimulación cognitiva en pacientes con DCL mejoraba diferentes áreas cognitivas.

Aunque, la evidencia científica existente, algo escasa en ocasiones, demuestra los beneficios de aplicar este tipo de intervenciones tanto en la prevención como en la terapia del deterioro cognitivo, es necesario seguir investigando de cara a reforzar y consolidar la información existente, puesto que este tipo de intervenciones pueden reducir la utilización de farmacología en determinados casos, disminuyendo así los efectos secundarios que derivan de esta.

Para terminar, hay que mencionar el papel de los profesionales de enfermería, y la importancia de su formación y capacitación en este tipo de competencias,

ya que esto permitiría desarrollar una labor adecuada en materia de prevención, promoción y curación respecto al deterioro cognitivo, ayudando a mejorar la calidad asistencial y de vida, tanto de pacientes como de familiares.

6 Bibliografía

1. Pérez Díaz J, Abellán García A, Aceituno Nieto P, Ramiro Fariñas D. (2020). “Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 25, 39p. [Fecha de publicación: 12/03/2020]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>.
2. Li Z, Peng X, Xiang W et al. El efecto del entrenamiento de fuerza sobre la función cognitiva en adultos mayores: una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios. Investigación clínica y experimental sobre el envejecimiento. 2018, núm 30: pp. 1259-1273. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40520-018-0998-6>.
3. Guía de práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Instituto Mexicano del Seguro Social. Catálogo maestro de guías de práctica clínica.; 2012. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>.
4. Claudia Manzano. La importancia de mantener el cerebro activo. Geriatricarea 2021. Disponible: https://www.geriatricarea.com/2021/12/15/la-importancia-de-mantener-el-cerebro-activo-un-articulo-de-c-manzano/?utm_source=mailpoet&utm_medium=email&utm_campaign=la-contaminacion-agrava-y-favorece-la-expansion-del-covid-19-geriatricareanews_122.
5. Osvaldo J. Hernández Soto. Moverse: terapia natural favorecedora del envejecimiento activo. Geriatricarea. 2021 Disponible en: https://www.geriatricarea.com/2021/12/15/moverse-terapia-natural-favorecedora-del-envejecimiento-activo/?utm_source=mailpoet&utm_medium=email&utm_campaign=la-contaminacion-agrava-y-favorece-la-expansion-del-covid-19-geriatricareanews_122.
6. Climent Catalá MT. Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo. Prevención desde la oficina de farmacia. [tesis doctoral]. Universidad CEU Cardenal Herrera; 2014. Disponible en: https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/7040/1/Factores%20de%20riesgo%20asociados%20al%20deterioro%20cognitivo_prevenci%C3%B3n%20desde%20la%20oficina%20de%20farmacia_Tesis_Mar%C3%ADa%20Teresa%20Climent%20Catal%C3%A1.pdf

7. Gutiérrez Rodríguez J, Guzmán Gutiérrez G. Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. *Rev esp geriatr gerontol*. 2017; 52(1): 3-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X18300726>.
8. Martínez DE, Chiapella A, Jauregui JR et al. Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias. Formación Profesionales para el Equipo Socio-Sanitario. Buenos Aires; 2015.
Disponible en: <https://www.algec.org/biblioteca/Deterioro-cognitivo-Alzheimer.pdf>.
9. Pérez Martínez VT. El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2005; 21(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252005000100017&script=sci_arttext&tlng=pt.
10. Gil Gregorio P, Martín Sánchez J. Demencia. En: Alcocer A, editor. *Tratado de Geriatria para residentes*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2006. P.173-188. (acceso 8 febrero 2022).
11. Petersen B, Caracciolo C, Brayne S et al. Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *Journal of Internal Medicine*. 2014. P. 214-228. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.12190> (acceso 8 febrero 2022).
12. Comunidad de Madrid. *Actividad Física y Ejercicio en los Mayores: Hacia un Envejecimiento Activo*. Madrid: Nueva Imprenta; 2007. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009178.pdf> (acceso 14 febrero 2022).
13. Lautenschlager N, Cox KL, Flicker L et al. Effect of Physical Activity on Cognitive Function in Older Adults at Risk for Alzheimer Disease: A Randomized Trial. *JAMA*. 2008; 300(9).
Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/182502> (acceso 14 febrero 2022).
14. Masley S, Roetzheim R, Gualtieri T. Aerobic Exercise Enhances Cognitive Flexibility. *Revista de Psicología Clínica en Entornos Médicos*. 2009; 186-193. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10880-009-9159-6#Tab3> (acceso 14 febrero 2022).
15. Ruscheweyh R, Willemer C, Krüger K et al. Actividad física y funciones de la memoria: un estudio de intervención. *Neurobiología del Envejecimiento*. 2011; 32(7). P.1304-1319.

Disponible en: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197458009002607?via%3Dihub#](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197458009002607?via%3Dihub#fig2)

fig2 (acceso 19 febrero 2022)

35.

16. Langlois F, Tuong Minh Vu T, Chassé K et al. Benefits of Physical Exercise Training on Cognition and Quality of Life in Frail Older Adults. *The Journals of Gerontology*. 2013; 68(3). P.400-404. Disponible en: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/68/3/400/557671?login=true> (acceso 23 febrero 2022).

17. Valencia C, López Alzate E, Tirado V et al. Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores. *Rev Neurol*. 2008; 46(8). P. 465-471. Disponible en: <http://web.intercom.es/jorgemas/cognicion1.pdf>

(acceso 1

Marzo 2022).

18. Rey Cao A, Canales Lacruz I. Mejoras cognitivas y perceptivo-motrices en personas mayores participantes en un programa de estimulación integral cognitivo-motriz. *Rev.bras.geriatr.gerontol*. 2012; 15(1). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/8qRkQcvZZ9m5yFgs5cc9rhN/?lang=es#>

(acceso 1 Marzo 2022).

19. Cuenca Martínez F. Papel del Ejercicio en el Cerebro. *Neuro Rehab News*. 2017; 2(1). Disponible en: <https://jomts.com/index.php/NeuroRehabNews/article/view/517/552>

(acceso 23 de febrero 2022).

20. Hernandez SS, Coelho FG, Gobbi S et al. Effects of physical activity on cognitive functions, balance and risk of falls in elderly patients with Alzheimer's dementia. *Rev Bras Fisioter*:

2010; 14(1). P. 68-74. Disponible en: Effects of physical activity on cognitive functions, balance and risk of falls in elderly patients with Alzheimer's dementia (library.org) (acceso 23 de febrero 2022).

21. Suzuki T, Shimada H, Makizako H, Doi T, Yoshida D, Ito K, et al. (2013) A Randomized Controlled Trial of Multicomponent Exercise in Older Adults with Mild Cognitive Impairment. *PLoS ONE* 8(4): e61483. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061483>

(acceso 23 de febrero 2022).

22. Cancela JM, Ayán C, Varela S et al. Effects of a long-term aerobic exercise intervention on institutionalized patients with dementia. *Journal of Science and Medicine in Sport*.

2016; 19 (4). P. 293-298. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1440244015001218#tbl0010>

(acceso 26 de febrero 2022).

23. Casas Herrero A, Anton Rodrigo I, Zambom Ferraresi F et al. Effect of a multi-component exercise programme (VIVIFRAIL) on functional capacity in frail community elders with cognitive decline: study protocol for a randomized multicentre control trial. BMC. 2019

Capítulo 11

PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL APOYO A LA LACTANCIA

LETICIA ANTUÑA GUTIÉRREZ

1 Introducción

Hoy en día, es conocido que la lactancia materna tiene enormes beneficios para la salud del bebé, de la mujer como beneficios sociales y económicos. Por tanto, la lactancia materna tiene beneficios a nivel de la salud en general. Luego desde enfermería, merece la pena proteger y apoyar la lactancia materna.

En el caso del bebé, la propia leche es una fuente de protección, nutrición adecuada y el propio acto de cercanía que proporciona la lactancia va a hacer que los bebés tengan un mayor desarrollo psico-neuroinmunológico. Estos bebés tendrán una mejor salud que aquellos que no reciben lactancia materna. A largo plazo, menor obesidad y menor desarrollo de diabetes. Luego, es importante recalcar desde enfermería que los beneficios de la lactancia no son cosas banales, sino cosas que realmente impactan sobre la salud del recién nacido. Al igual que en los bebés, también es conocido que la lactancia materna aporta beneficios a las madres.

La IHAN es una iniciativa creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF para promover 10 pasos para favorecer una lactancia exitosa. Los 10 pasos son un grupo de intervención y políticas destinadas a aumentar en una zona de salud aumentar las tasas y la duración de la lactancia materna.

Desde enfermería, se puede ayudar a las madres lactantes mediante grupos de apoyo, puesto que “los consejos individuales, la educación sanitaria y los materiales informativos que facilitan este tipo de grupos, pueden servir de complemento importante a los esfuerzos de los agentes de salud”.

Enfermería puede ser consultor/a certificada de lactancia materna (IBCLC), es decir, una profesional de la salud, especializada en lactancia materna, que puede promover el apoyo a la mujer gestante para introducirse en el manejo de la lactancia materna.

2 Objetivos

- Conocer los problemas y necesidades que pueden ser atendidos por enfermería con respecto a la preocupación sobre la lactancia materna en las mujeres gestantes.
- Conocer los objetivos propios de la IHAN.
- Ofrecer información necesaria sobre grupos de apoyo a la lactancia materna en las mujeres gestantes.
- Conocer qué son los talleres de lactancia, cuáles son sus objetivos cómo funcionan y qué temas tratan.
- Conocer la diferencia que existe entre los talleres de lactancia y los grupos de apoyo.
- Conocer quiénes son los profesionales especializados en lactancia materna.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente trabajo, ha sido necesaria la realización de una búsqueda bibliográfica activa y consciente de diferentes artículos en las bases de datos más conocidas como PubMed, Medline, Dialnet y Scielo. Para ello se han utilizado los siguientes descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): “exclusive breastfeeding support”, “IHAN”, “grupos de apoyo lactancia vs talleres lactancia”.

4 Resultados

El IHAN es una Iniciativa Hospital Amigo de los Niños que tiene como objetivos muy claros el permitir una elección informada de cómo alimentar a sus recién nacidos, que las madres puedan decidir con la información adecuada cómo alimentar a sus bebés. El segundo objetivo sería promover el inicio precoz de la

lactancia materna, es decir, nada más nacer, luego promover la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida, asegurar el cese de donaciones o ventas a bajo coste de leches adaptadas a los hospitales y por último añadir otros aspectos de atención a la madre y al niño en otros estadios. Enfermería, dentro de aquellos hospitales que llevan a cabo políticas para promover la lactancia materna, deben no promover la utilización de biberones o tetinas, la lactancia ha de ser el cuidado estándar y llevar a cabo una monitorización continua de las tasas de lactancia. Esas enfermeras o enfermos que forman parte de estas políticas han de estar formados en lactancia materna y deben asegurar una actualización constante mediante cursos, formaciones que avalen dicha actualización.

Enfermería, así como todo el grupo de apoyo a la lactancia en hospitales ha de promover la creación de grupos de apoyo a la lactancia materna y derivar a las madres. Los grupos de apoyo son el lugar donde la madre puede encontrar información necesaria para resolver sus dudas pudiendo compartirlas con otras madres, ya que es un grupo de pares. Madres y sus hijos compartiendo una situación vital. Aquí, en los grupos, la madre no se va a sentir juzgada, no es un lugar donde no hablar otras cosas que no sean lactancia, tampoco es un lugar donde publicitarse ni recibir tratamientos médicos. No es lo mismo un taller de lactancia que un grupo de apoyo.

Los talleres de lactancia suelen estar situados en los centros de salud, un espacio que se reúnen de forma periódica madres y gestantes, dirigido por un profesional sanitario. Comparte, prácticamente, los objetivos del grupo de apoyo: lograr y mantener las tasas de lactancia, grupos abiertos y flexibles, pero el profesional es quien decide cómo se trabaja en ese grupo. El grupo de apoyo se puede publicar, por ejemplo, en redes sociales, el taller, sin embargo, tiene una población diana. Población de ese centro de salud, madres que acuden a ese centro de salud y esas madres son captadas en consultas de pediatría... Están estructurados en diferentes temas y así en cada uno de los talleres sigue un tema en concreto. Por ejemplo: contacto piel con piel, importancia de la lactancia materna y agarre correcto...

Una consultora certificada en lactancia materna es una IBCLC, son profesionales de la salud, enfermería entra dentro de este grupo profesional, que está especializado en la lactancia materna. Trabajan protegiendo, promocionando y apoyando la lactancia materna dentro de unos estándares y un código de conducta que establece el IBLCE, que es el organismo que examina a dichos profesionales y les otorga el certificado.

5 Discusión-Conclusión

La mala nutrición al principio de la vida puede condicionar a daños reversibles tanto físicos como neurológicos. En cambio, por el contrario, la elección de una buena nutrición tiene un efecto positivo más que reconocido. La lactancia materna es la forma óptima de alimentar a los recién nacidos y bebés, ya que se les ofrece los nutrientes que necesitan para el equilibrio adecuado y la protección contra diferentes enfermedades.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y después introducir alimentos complementarios nutricionalmente adecuados y seguros continuando con la lactancia materna hasta los dos años o más.

En 2012, la Asamblea Mundial de la Salud (WHA) aprobó el objetivo global de nutrición de aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de edad al menos al 50% para el año 2025.

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna provee directrices para prevenir el mercadeo inapropiado de sucedáneos de la leche materna, incluyendo fórmulas infantiles, biberones, tetinas, leches de seguimiento y productos relacionados. Es necesario legislarlo y monitorearlo. Cuando los productores y distribuidores lo violan, deben ser sancionados.

6 Bibliografía

1. Amoo, T. B., Popoola, T., & Lucas, R. (2022). Promoting the practice of exclusive breastfeeding: a philosophic scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 380. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04689-w>
2. iHan. (s/f). Ihan.es. Recuperado el 6 de agosto de 2023, de <https://www.ihan.es/>
3. Tomico del Río, M. (2013). Taller de Lactancia materna (Tetaller). *Pediatría atención primaria*, 15, 109–116. <https://doi.org/10.4321/s1139-76322013000300013>
4. Grupos de apoyo a la lactancia materna. (s/f). Aeped.es. Recuperado el 6 de agosto de 2023, de <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/grupos-apoyo-lactancia-materna>
5. BCLC.es – Asociación Española de Consultoras en Lactancia Materna – Asociación Española de Consultoras Certificadas en Lactancia Materna – IBCLCs en España. (s/f). Ibclc.es. Recuperado el 6 de agosto de 2023, de <https://ibclc.es/>
6. Lactancia materna y alimentación complementaria [Internet]. Paho.org. [citado el 11 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>

Capítulo 12

ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍAS URGENTES

LAURA TORRES PANCORBO

CARMEN ROMERO NAHARRO

JULIANA HORTELANO HORTELANO

LLANOS LOPEZ MORA

ELENA CANTÓ GARCÍA

1 Introducción

La cardioversión eléctrica es una técnica segura y eficaz utilizada para restaurar el ritmo sinusal cardíaco. Consiste en la aplicación de una descarga eléctrica en el tórax del paciente (alta energía y duración breve), sincronizada con la sístole cardíaca, para revertir la taquiarritmia con inestabilidad hemodinámica.

La sincronización de la descarga debe ser siempre con la onda R del electrocardiograma, teniendo como objetivo evitar que coincida con la onda T, pues podríamos provocar arritmias potencialmente graves, como la fibrilación ventricular. El periodo vulnerable del ciclo cardíaco va desde 60-80 mseg antes de la onda T hasta 20-30 mseg después.

Aunque las complicaciones graves son poco frecuentes (mortalidad menor del 1%), es un procedimiento que debe realizarse en una sala de reanimación con unos requerimientos de material mínimos y realizado por personal entrenado. La en-

fermera tiene un papel importante en la vigilancia y administración de cuidados durante la técnica.

Las indicaciones de la cardioversión urgente son las siguientes:

- Taquiarritmias con signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica (hipotensión, signos de bajo gasto cardiaco, alteración del nivel de conciencia, dolor torácico e insuficiencia cardiaca con edema agudo de pulmón).
- Taquiarritmias que precisen reversión a ritmo sinusal como alternativa al tratamiento farmacológico. Estas son: fibrilación auricular, flutter auricular, taquicardia supraventricular y taquicardia ventricular.

Las contraindicaciones son:

- Taquiarritmias de inicio y fin espontáneo que no produzcan inestabilidad en el paciente.
- Fibrilación auricular que, tras varias cardioversiones, tiene múltiples recurrencias.
- Intoxicación digitálica.
- Desequilibrio electrolítico.

La eficacia de la cardioversión eléctrica depende de varios factores relacionados tanto con la técnica como con el paciente.

2 Objetivos

- Definir la técnica de cardioversión en el servicio de Urgencias.
- Exponer los cuidados de enfermería para disminuir riesgos para el paciente y los profesionales.

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 los casos antes descritos con necesidad de realizar una cardioversión eléctrica urgente, se llevará a cabo en la sala de pacientes críticos de la unidad. La enfer-

mera que colabora en esta técnica debe conocer y llevar a cabo los siguientes cuidados de una forma organizada y sistematizada:

- Confirmación de la identidad del paciente.
- Comprobación de la obtención del consentimiento informado (si es posible en la situación de urgencia) y antecedentes relevantes en la historia de salud, con especial atención a las alergias. Si no es posible el consentimiento escrito, se dejará constancia en la historia el consentimiento verbal.
- Colocación del paciente en posición decúbito supino en la camilla, con el tórax desnudo.
- Retirada de prótesis dental, así como todos los objetos metálicos que pudiera llevar puestos.
- Rasurado de tórax si precisa, y retirada de parches adheridos al pecho.
- Canalización de dos vías venosas periféricas y realización de electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones para constatar la arritmia a revertir.
- Monitorización del paciente y administración de oxígeno.
- Toma de constantes previa.
- Comprobación de todo el material necesario en caso de urgencia (Bolsa-balón auto inflable, cánula de Guedel, aspirador de secreciones, equipo de intubación, y medicación precisa).
- Administración de la medicación necesaria previa a la descarga (analgesia y sedación). Se comprobará el nivel de sedación del paciente.
- Antes de la descarga, comprobará el modo sincronizado del monitor, desconectará la fuente de oxígeno y se AVISARÁ a todo el personal presente en la sala de la descarga (asegurando que nadie toca al paciente).
- Tras la descarga, se comprobará ritmo del monitor.
- Si el resultado es satisfactorio, vigilará nivel de conciencia, colocará oxígeno y realizará ECG de 12 derivaciones para constatar el ritmo cardiaco reestablecido, así como control de constantes. El paciente pasa a la sala de observación. Si falla la descarga, se puede repetir el choque 2 veces más, siguiendo el mismo procedimiento citado.

Registraremos todo el proceso en la historia clínica, anotando también si se han producido quemaduras en la zona de contacto de las palas. En este caso, se procederá a la cura de las heridas.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera del servicio de urgencias debe ser conocedora de este procedimiento y sus cuidados, ya que es una técnica que, aunque es muy habitual, no

está exenta de complicaciones.

De esta manera se evita la variabilidad clínica y asistencial, a la vez que se disminuye el riesgo para el paciente y los profesionales.

Realizando estas actividades de una manera metódica y sistematizada, garantizamos la continuidad de los cuidados desde el momento de la toma de decisión de realizar una cardioversión eléctrica urgente, hasta que el paciente vuelve a su cama en situación de estabilidad clínica.

Además de la parte técnica, la comunicación tanto con el paciente como con la familia, ayuda a disminuir la ansiedad propia de estas situaciones, y el papel de la enfermera aquí es fundamental.

6 Bibliografía

1. Arlegui Iriarte, R., Muñoz Alfonso, M., & Llorente Armendariz, M. Protocolo de cardioversión electrónica en el área de urgencias.
2. Velázquez - Rodríguez, E. (2012). La cardioversión eléctrica en fibrilación auricular. *Revista mexicana de cardiología*, 23(3), 134-150.
3. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS. *Rev. Esp. Cardiol.* 2016; 70(1):43. e1-e84.

Capítulo 13

EL VALOR NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

LAURA TORRES PANCORBO

CARMEN ROMERO NAHARRO

JULIANA HORTELANO HORTELANO

LLANOS LOPEZ MORA

ELENA CANTÓ GARCÍA

1 Introducción

La valoración del estado nutricional del individuo está considerado un elemento importante, puesto que conservándolo de manera óptima estaremos más cerca de asegurar un desarrollo adecuado de las funciones celulares y a la existencia de la relación que hay entre nuestro estado de salud y nuestra nutrición.

Desde el punto de vista de la enfermería el personal debe de estar implicado y formado para poder guiar al usuario tanto en atención primaria y secundaria así como en los estados de salud y enfermedad.

Podemos valernos de varias herramientas a su vez para que la valoración sea completa como son la historia clínica, la exploración corporal, valoración analítica y el estudio de la valoración corporal. Todas ellas pueden proporcionarnos una

visión más detallada de que tipo de carencias o no está sufriendo nuestro paciente.

A su vez no se limitan solo a un ámbito de aplicación, ya que son ejecutables desde las visitas domiciliarias hasta cuando tenemos al paciente ingresado en una unidad de hospitalización.

El ámbito de aplicación de esta valoración es bastante amplio, pues cobra importancia desde el primer segundo de vida del individuo e irá pasando por todas las etapas de la vida e interactúa con los procesos de enfermedad que se produzcan a lo largo de la misma.

2 Objetivos

Explicar e indicar en qué consiste la valoración del estado nutricional por parte del equipo de enfermería en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La valoración del estado nutricional nos facilita la fijación de metas en todos los niveles como cambios en el peso, grasa, masa muscular como enseñar al paciente a desarrollar su propio estado de bienestar ejerciendo con ello una prevención primaria.

Disponemos de varias herramientas y métodos que nos conceden una visión más amplia y fiable como los que se detallan a continuación:

- Historia clínica.

Una buena cumplimentación es de gran importancia sustentando las actividades de la práctica clínica.

Deberá estar lo mejor cumplimentada y recoger varios datos para poder ofrecer una atención acorde a la situación física y psicosocial del paciente. Sería conveniente incluir antecedentes familiares y personales, enfermedades potencial-

mente comprometidas para una correcta alimentación, antecedentes quirúrgicos, síntomas de malnutrición que podamos valorar mediante exploración física, actividad física, recursos económicos, ambiente cultural y estilo de vida y todo dato que podamos considerar que pueda influir en el estado nutricional de nuestros pacientes y con ello repercutir en futuros estados de salud-enfermedad de los mismos.

- Exploración física.

Mediante la exploración física del usuario podemos detectar signos de exceso/déficit nutricional, para ello contamos con la antropometría, pues proporciona una medición objetiva y comparable de la composición corporal. Las medidas más utilizadas son:

1. Talla: estimador principal del tamaño y proporcionalidad corporal. Consiste en la medición lineal de la cabeza a las extremidades inferiores, expresada en cm y realizada en un estadiómetro.

2. Peso: es la medida de valoración más utilizada. Se realiza con una báscula y se expresa en kg.

Si relacionamos la talla con el peso mediante una fórmula matemática obtenemos un índice de masa corporal (IMC) cuyo resultado es el que mejor refleja la proporción de grasa corporal

3. Pliegues cutáneos: el perfil de pliegues cutáneos representa la distribución de la grasa subcutánea en las diferentes zonas del cuerpo y su sumatorio una estimación de la cantidad total de grasa subcutánea. Vamos a medir la doble pliegue de la piel y el tejido subcutáneo en determinadas localizaciones con un aparato llamado lipocalibre.

Los pliegues que se miden son: tricipital, bicipital, subescapular, ileocrestal, supraespinal abdominal, muslo anterior y pierna medial.

4. Perímetros corporales: se obtienen midiendo la circunferencia de determinados miembros con una cinta métrica flexible. Podemos conocer el riesgo de enfermedades metabólicas y cardiovasculares a través de un indicador que obtenemos relacionando dos perímetros corporales con unos valores de referencia, nos referimos al índice cintura/cadera.

- Valoración analítica:

Determina las concentraciones en plasmas de los diferentes nutrientes.

Proteínas: determina las proteínas viscerales (albúmina, transferrina y prealbúmina) y las somáticas (como la creatinina que es un reflejo de la masa muscular, el índice creatinina/talla, coeficiente de creatinina) y plasma nitrogenado.

Lípidos: se estudia el perfil lipídico y el colesterol cuyos niveles nos pueden orientar a una desnutrición moderada cuando ya se sitúan entre 100-135mg/dl.

Hidratos de carbono: los ítems que más se estudian para su valoración son la glucemia basal y las determinaciones de galactosemia e insulina.

Oligoelementos: el hierro es el que se estudia con más frecuencia.

Inmunología: el sistema inmunitario puede verse comprometido en estados de malnutrición. Se tiene en cuenta el número de linfocitos en sangre periférica.

- Estudio de la composición corporal.

Disponemos de varios tipos de estudios que nos ayudan a complementar la historia clínica del paciente como pueden ser:

Densitometría: consiste en la medición de la densidad corporal con fórmulas, permitiendo conocer la masa grasa y masa libre de grasa.

Estudios de imagen como radiografía, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética, etc. Nos ayudan a determinar la grasa corporal.

Impedancia bioeléctrica: nos permite calcular el tanto por ciento de masa grasa, masa libre corporal y el porcentaje de agua corporal total.

5 Discusión-Conclusión

La valoración nutricional en el campo de la enfermería resulta crucial, ya que dentro de nuestra práctica diaria tenemos una serie de herramientas que nos pueden ayudar a conocer los estados nutricionales tanto en los procesos de salud como en los de enfermedad.

Con esta valoración conseguimos en un objetivo fundamental, pues intentamos alcanzar una función corporal normal que nos permita afrontar una base para los posibles momentos de enfermedad y la consecución de un estilo de vida favorable.

El conocimiento de todos estos recursos por parte de los profesionales sanitarios supone una ventaja en la práctica de nuestra profesión y de la salud de nuestros pacientes y familiares.

6 Bibliografía

1. Mesejo Arizmendi, A.; Valoración del estado nutricional. En: Manual Básico de Nutrición Clínica y Dietética. Valencia. 2000. Generalitat Valenciana; 22 - 30.

Capítulo 14

ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN EL PROCESO DE TRANSPLANTE DE CORAZÓN

LAURA TORRES PANCORBO

CARMEN ROMERO NAHARRO

JULIANA HORTELANO HORTELANO

LLANOS LOPEZ MORA

ELENA CANTÓ GARCÍA

1 Introducción

Los pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada generalmente se tratan con medicamentos hasta que su condición pueda mantenerse con estos medicamentos. La progresión de la enfermedad, a pesar de la variedad de tratamientos, hace necesaria la búsqueda de nuevas alternativas de tratamiento, por lo que se propone sustituir el corazón enfermo por un corazón sano. Además, se han introducido nuevas opciones de tratamiento alternativo para la insuficiencia cardíaca preimplantacional avanzada, que incluyen dispositivos de asistencia ventricular, resincronización cardíaca, desfibriladores implantables y cirugía y terapia celular. El trasplante de corazón solo debe realizarse en pacientes que se beneficiarán más a medio plazo con mejoras significativas en la supervivencia y la calidad de vida. El trasplante implica un procedimiento quirúrgico complejo y requiere

un tratamiento continuo. Por otro lado, el procedimiento se asocia con morbilidad y mortalidad, así como con un número limitado de donantes potenciales. En general, el trasplante cardíaco está indicado en pacientes jóvenes o de mediana edad con cardiopatía terminal e incapacidad funcional grave; en aquellos que no pueden recibir terapia alternativa y en quienes no existen contraindicaciones formales para la cirugía o la terapia inmunosupresora concomitante. En España, el perfil de un paciente trasplantado es el mismo que el de un hombre de 52 años. La cardiopatía más común que requirió trasplante fue la enfermedad arterial coronaria (36,2%), seguida de la miocardiopatía dilatada idiopática (36,1%).

2 Objetivos

- Identificar las principales complicaciones en el postoperatorio del trasplante cardíaco y las medidas para su prevención.
- Explicar cómo dar una atención psicológica al paciente y a la familia.

3 Metodología

En la preparación de este artículo realizamos una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica disponible. Los artículos se analizan en bases de datos como Medline, Pubmed y Scielo, seleccionando artículos científicos de publicaciones científicas revisadas por pares e información de pautas actualizadas. demostrado su eficacia, es un método de tratamiento de la enfermedad crónica, es decir, la insuficiencia cardíaca. Muchos profesionales están involucrados en este tratamiento como enfermeras. Su papel en este proceso es crucial, tanto para identificar riesgos, ayudar y empoderar a pacientes y familiares, como brindar una buena atención durante el postoperatorio inmediato, la fase de evaluación marca el progreso del proceso de recuperación. Aunque la investigación hasta la fecha ha sido fructífera, se necesita más investigación y desarrollo de nuevas estrategias para brindar más opciones a los pacientes con insuficiencia cardíaca terminal.

4 Resultados

Según el último registro internacional, las tasas de supervivencia después de un trasplante de corazón han mejorado con los años, y la esperanza de vida promedio ahora es de 12 años. El período de mayor riesgo después del trasplante es el

primer año cuando la mortalidad llega al 20%. En el registro español de trasplante cardíaco, el fracaso primario del trasplante fue la causa más frecuente de muerte, seguida de la infección y el rechazo agudo. Toxicidad de la terapia inmunosupresora.

El objetivo de la terapia inmunosupresora es suprimir o controlar la respuesta inmunitaria del receptor al órgano trasplantado, es decir, lograr la tolerabilidad y evitar el rechazo. Durante las últimas tres décadas, se han logrado grandes avances y cada vez hay más fármacos específicos y selectivos disponibles con menos efectos secundarios.

Infección:

Las infecciones son responsables de una proporción significativa de la morbilidad y mortalidad en los pacientes trasplantados. La prevalencia global oscila entre el 30% y el 60%, la mortalidad asociada oscila entre el 4% y el 15% y las infecciones más frecuentes son las bacterianas (43-60%) seguidas de las causadas por virus (40-45%). En menor medida se encuentran las infecciones fúngicas y protozoarias (8-14%). Las bacterias que causan la infección pueden infectar antes, durante o después de un trasplante de corazón, pero la mayoría de las infecciones ocurren dentro de los primeros 3 meses y se localizan principalmente en los pulmones y el tórax. Existen varios factores de riesgo para la infección, tales como: infección del receptor, condición preoperatoria, exposición a nuevas infecciones relacionadas con procedimientos quirúrgicos, patógenos oportunistas, posibilidad de infección de un donante, terapia inmunosupresora. muy importante. También se debe considerar el estado serológico del citomegalovirus (CMV) del donante y del receptor. rechazar:

El rechazo del trasplante es una de las complicaciones más peligrosas de un trasplante. El rechazo se debe a la presencia de diferentes proteínas de persona a persona. Estas proteínas se consideran extrañas y pueden causar la destrucción del injerto. Las proteínas, debido a su ubicación y función fisiológica, tienen más probabilidades de desencadenar una respuesta inmunitaria que las proteínas del sistema HLA (antígeno leucocitario humano). Cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato. El plan de tratamiento para pacientes trasplantados de corazón es similar al plan de tratamiento para pacientes sometidos a circulación extracorpórea (CEC), enfatizando aspectos específicos relacionados con el seguimiento y funcionamiento del injerto, prevenir y controlar infecciones, reconocer y tratar el rechazo, administrar fármacos inmunosupresores. . Al mismo tiempo, la educación para la salud es un aspecto importante de la atención al paciente, ya que afecta la supervivencia y la calidad de vida después del trasplante, así como la atención psicológica. Apoyo psicológico a pacientes y familiares. La

atención psicológica es uno de los factores más importantes a considerar para estos pacientes porque, a pesar de los importantes avances en las técnicas quirúrgicas y la inmunosupresión, la enfermedad mental sigue siendo muy importante. Estos son pacientes con enfermedades crónicas, a menudo con un desarrollo a largo plazo, dependiendo del desarrollo, su salud física y mental se ve marcadamente afectada; en el que existen otros factores propios de la intervención quirúrgica, que agravan aún más el cuadro condición alarmante de estos pacientes. Otros factores son: cirugía y anestesia, estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI), aceptación y adaptación a nuevas situaciones, miedo a la evolución, miedo al dolor, etc. Educación para la salud de los pacientes después del trasplante. La educación para la salud de los pacientes trasplantados debe comenzar tan pronto como el equipo médico prescriba el tratamiento. El objetivo es informar y educar a los pacientes y sus familias sobre habilidades de autocuidado para mejorar la calidad de vida de los pacientes y lograr una mejor adherencia. La clave de la educación para la salud es saber en qué medida el paciente ha absorbido los conocimientos que se le han dado. Se centra en los siguientes aspectos:

- Conocimiento del tratamiento.
- Normas sanitarias.
- Detección precoz de posibles complicaciones.
- Dieta recomendada.
- Modificar hábitos de vida.

5 Discusión-Conclusión

Ahora, el trasplante de corazón después de más de 30 años de experiencia ha demostrado su eficacia, es un método de tratamiento de la enfermedad crónica, es decir, la insuficiencia cardíaca. Muchos profesionales están involucrados en este tratamiento como enfermeras. Su papel en este proceso es crucial, tanto para identificar riesgos, ayudar y empoderar a pacientes y familiares, como brindar una buena atención durante el postoperatorio inmediato, la fase de evaluación marca el progreso del proceso de recuperación. Aunque la investigación hasta la fecha ha sido fructífera, se necesita más investigación y desarrollo de nuevas estrategias para brindar más opciones a los pacientes con insuficiencia cardíaca terminal.

6 Bibliografía

1. Casado Dones MJ. Recomendaciones nutricionales para el paciente trasplantado de corazón. *Enferm Cardiol* 2005; 34:22-4.
2. Solís M, Casado MJ, Iza A, Barragán A, González T. Trasplante Cardíaco. Programa educativo. Madrid. Editorial Complutense. 2004.
3. Torregrosa Prats V. La inmunosupresión en el trasplante. Fármacos inmunosupresores. En Andreu Pérez L, Force Sanmartín E. *La Enfermería y el trasplante de órganos*. Madrid Editorial Panamericana. 2004. Pp 53-66.
4. Wade RC, Reith KK, Hoffman Sikora J, Augustine SM. Postoperative Nursing care of the cardiac transplant recipient. *Crit Care Nurs Q*. 2004;27 (1): 17-28.

Capítulo 15

MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL RESERVORIO SUBCUTÁNEO PORT-A-CATH®

MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ

LORENA DIAZ LOPEZ

TAMARA PALOMINO MARTIN

MIRIAM CASARES BENITO

ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

Un Port-a-Cath® es un dispositivo con un pequeño depósito y un catéter que se colocan bajo la piel, habitualmente en una zona del tórax o del brazo, y que conecta con el torrente sanguíneo del paciente.

Este dispositivo se coloca de manera permanente con el objetivo de ofrecer un acceso reiterado al sistema venoso del paciente, de manera que los medicamentos o fluidos puedan ser administrados en su torrente circulatorio con una simple inyección a través del Port-a-Cath® o reservorio. La finalidad de este dispositivo es la de evitar las punciones repetidas a pacientes que requieren un acceso vascular continuo para la administración de medicación, nutrientes o productos sanguíneos. Es útil igualmente para la extracción de muestras sanguíneas.

Por otro lado, mejora la calidad de vida de los pacientes, al reducir el dolor, la ansiedad e incomodidad que provocaría realizarlo con el sistema tradicional de acceso.

La implantación del Port-a-Cath® se realiza en el quirófano mediante anestesia local y/o sedación. Una vez implantado puede utilizarse a las 24-48 horas (o antes si es necesario).

El acceso al dispositivo se realiza pinchando a través de la piel con una aguja especial llamada Gripper®, en el reservorio.

El dispositivo puede permanecer en el cuerpo el tiempo que dure la terapia, siempre que reciba los cuidados adecuados. Por eso es fundamental que el personal de enfermería reciba formación al respecto, y por ello se ha elaborado este protocolo de actuación que facilite el acceso a las recomendaciones actuales basadas en la evidencia científica.

2 Objetivos

Conocer el manejo y los cuidados de Enfermería relacionados con el uso y mantenimiento del reservorio venoso subcutáneo o Port-a-Cath®

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva de documentación adquirida en bases de datos como Cuiden, Dialnet, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, revistas especializadas y guías clínicas de enfermería.

Palabras clave utilizadas: ascitis, paracentesis evacuadora, cirrosis, enfermería, punción.

4 Resultados

1. MATERIAL NECESARIO PARA LA PUNCION DEL RESERVORIO SUBCUTÁNEO

- ☒ Paño, guantes y gasas estériles
- ☒ Antiséptico (clorexidina, alcohol o povidona iodada)
- ☒ Tres jeringas de 10cc.
- Una para comprobar permeabilidad aspirando
- Otra con SSF

- Otra para heparinización

☒ Dos agujas IV

☒ Agujas para reservorio. Tipo Gripper® (con sistema) o Huber® (sin sistema)

☒ Suero fisiológico en envase monodosis (10ml)

☒ Solución de heparina sódica de 20UI/ml (60UI/vial), tipo Fibrilín® (envase monodosis de 3ml).

☒ Tratamiento para administrar con sistema de perfusión purgado

☒ Apósito estéril transparente o apósito de gasa si el paciente es alérgico

2. TECNICA DE INSERCIÓN DE LA AGUJA EN EL RESERVORIO

☒ Informar al paciente de la técnica a realizar.

☒ Preparar campo estéril con material necesario, dejando la aguja Gripper® purgada y la pinza clampada.

☒ Aplicar antiséptico en la zona del reservorio y limpiar de dentro hacia fuera en movimientos circulares para desinfectar la zona.

☒ Con el dedo pulgar e índice de la mano no dominante, localizar el reservorio para inmovilizarlo.

☒ Con el reservorio fijado, insertar la aguja Gripper® o Huber® de forma vertical en el centro del reservorio, atravesando la piel y la membrana hasta notar un tope metálico.

☒ Desclampar el Gripper® y aspirar salida de sangre, para confirmar su correcta colocación.

☒ Lavar con 10cc de SF mediante la técnica push stop (consiste en el lavado a bolos con intervalos de 0,4 segundos entre dos bolos ejerciendo una fuerza constante y uniforme, con el fin de crear turbulencia dentro de la luz del catéter venoso central). Posteriormente, clampar la pinza.

☒ Sellar con 3cc de heparina de baja concentración (1 vial de 3cc de FIBRILIN® de 20UI/ml)

☒ Fijar la aguja con tiras tipo Steri-Strip y colocar apósito transparente.

3. TECNICA DE EXTRACCIÓN DE MUESTRAS DE SANGRE

☒ Lavado de manos.

☒ Preparar el campo estéril y colocarse guantes estériles.

☒ Colocar unas gasas empapadas en antiséptico debajo de la luz a utilizar.

☒ Antes de realizar la extracción final, conectar una jeringa de 10cc para eliminar los 8cc primeros de sangre que serán para desechar.

☒ Posteriormente, conectar una campana de Vacutainer® al sistema Gripper® con el tubo de analítica para extraer la muestra requerida.

☒ Inmediatamente después lavar con 10-20 cc de SF para limpiar, usando la mencionada técnica pulsátil o push-stop

☒ Si el catéter va a permanecer en reposo, inyectar 3ml de Fibrilín® (heparina de baja concentración).

4. TECNICA DE INFUSION DE SUSTANCIAS (Sueroterapia, medicación o trans-fusión de hemoderivados)

☒ Lavado de manos y colocación de guantes no estériles

☒ Colocar unas gasas empapadas en antiséptico debajo de la luz a utilizar.

☒ Con la luz a utilizar clampada, desenroscar el tapón y limpiar la entrada con gasas impregnadas de antiséptico.

☒ Conectar el sistema de infusión, abrir la pinza, abrir el sistema y comenzar a infundir.

☒ Tras la infusión, cerrar de nuevo la pinza, cerrar el sistema, colocar gasas con antiséptico debajo de la luz y desconectar el sistema.

☒ Conectar jeringa con 10-20 cc de SF, desclampar la pinza y lavar bien para retirar restos de medicación.

☒ Heparinizar de nuevo con 3cc de Fibrilín® en una jeringa de 10cc para introducirlo pulsátilmente y clampar de nuevo.

☒ Colocar un nuevo tapón

5. CAMBIO DE GRIPPER Y DE APOSITO

El cambio de Gripper® y de apósito se realizará cada 7 días

☒ Preparar el material.

☒ Lavado de manos y colocarse guantes para retirar el apósito.

☒ Colocarse guantes estériles

☒ Con dos dedos de la mano no dominante, fijar el reservorio. Pedir al paciente que haga una inspiración y tirar del Gripper® o Huber® de forma que se active el seguro.

☒ Desinfectar la zona con una gasa impregnada en solución antiséptica, y mantener presión durante dos minutos.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliografía realizada hemos podido comprobar cómo el reservorio venoso subcutáneo supone un avance en pacientes que requieren un acceso venoso continuado. Se trata de un dispositivo rápido, seguro y que ofrece un fácil acceso venoso, permitiendo la administración de fluidos, medicación, nutrientes, productos sanguíneos, etc.

Mejora la calidad de vida del paciente al reducir punciones venosas innecesarias y disminuye la necesidad de permanecer ingresado en el hospital, pues pueden ser atendidos desde la atención primaria

El personal de Enfermería tiene un papel clave en el manejo y cuidados de los pacientes portadores de reservorios venosos subcutáneos, por ello hemos establecido una guía a modo de resumen sobre el procedimiento de manipulación y mantenimiento de estos dispositivos y el material requerido.

6 Bibliografía

1. Ávila Pinillos S, Arias Ruiz MJ, Fera Távira MA. Manejo de accesos venosos centrales subcutáneos. Procedimiento operativo estandarizado. Hospital Universitario Reina Sofía. 2016. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/cuidados_reservorio_subcutaneo.pdf
2. Tierz Vélez L, Agustín Oliva S, Martínez Martínez E, Claver Laliena E, Morlán Pociello S, Garcés Sanagustín MC. Manejo y cuidados del reservorio venoso subcutáneo para Enfermería. Rev Electrónica PortalesMedicos.com [Internet]. 2017; Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/manejo-cuidados-reservorio-venoso-subcutaneo/>
3. Rubio MC, Martínez AB, Martínez MJ, et al. Procedimiento de Enfermería sobre cuidados y mantenimiento del Port-a-Cath. Servicio Andaluz de Salud. [Internet]. 2014; Available from: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/mi/FICHEROS/documentos%20de%20interes/Enfermeria/PROCEDIMIENTO%20CUIDADOS%20PORT-CATH.pdf>
4. Fernández de Maya J. Variabilidad de la práctica clínica en la manipulación del reservorio subcutáneo en los hospitales de día de España [Tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2015. [Consultado 23 Jun 2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/53476>
5. Del Fresno Cerezo R. Manejo de catéteres venosos centrales de larga duración [Internet]. Madrid,Hospital general universitario Gregorio Marañón, 2013. [Revisada enero 2014, consultado 07 agosto 2023]. Disponible en:http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=Content-disposition&blobheadervalue2=cadena&blobheadervalue3=filename%3DManejo_de_cat%C3%A9teres_venosos_centrales_de_larga_duraci%C3%B3n.pdf&blobkey=id&blobtable=

MungoBlobs&blobwhere=1352844111569&ssbinary=true

Capítulo 16

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PARACENTESIS EVACUADORA PARA PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA.

MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ

TAMARA PALOMINO MARTIN

MIRIAM CASARES BENITO

ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA

LORENA DIAZ LOPEZ

1 Introducción

La cirrosis es una enfermedad crónica del hígado en la que el tejido sano se reemplaza lentamente por cicatrices, lo que dificulta el funcionamiento normal del hígado. Esta cicatrización progresiva es causada por una variedad de condiciones, siendo la principal el consumo excesivo y prolongado de alcohol. También puede ser causado por enfermedades hepáticas crónicas como la hepatitis viral.

A medida que la cirrosis avanza, el hígado pierde su capacidad para funcionar adecuadamente. Esto puede ocasionar síntomas como la ascitis.

La ascitis es la acumulación anormal y patológica de líquido dentro del espacio abdominal, lo que provoca trastornos tales como volumen abdominal aumentado, dificultad para respirar y pérdida de apetito.

La paracentesis evacuadora suele ser la alternativa de tratamiento para pacientes con cirrosis hepática, que han desarrollado ascitis complicada y a tensión.

La paracentesis es una técnica invasiva pero relativamente sencilla, que consiste en drenar el líquido contenido dentro del abdomen, mediante la inserción de un catéter en la cavidad peritoneal.

Es una técnica sencilla y segura que habitualmente se realiza en los hospitales. Generalmente, son los médicos digestivos quienes, con ayuda del equipo de enfermería, realizan esta técnica.

En este capítulo trataremos cómo es la preparación y realización de la técnica de la paracentesis evacuadora, así como los recursos materiales necesarios.

2 Objetivos

Conocer el procedimiento, su manejo y los cuidados de Enfermería relacionados con la técnica de realización de la paracentesis evacuadora.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una exploración consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Y se han examinado los protocolos actuales disponibles en los principales hospitales de España sobre el tema tratado.

Palabras clave utilizadas: ascitis, paracentesis evacuadora, cirrosis, enfermería, punción.

4 Resultados

Como enfermero, es importante estar preparado y seguir el protocolo adecuado al realizar una paracentesis evacuadora para pacientes con ascitis.

A continuación, se establecen los pasos clave a realizar durante esta actuación:

1. Preparación de los suministros necesarios, que incluyen:

Guantes y campo estéril.

Apósitos

Gasas

Desinfectante (Clorhexidina, alcohol, povidona yodada...)

Anestésico local sin adrenalina

Jeringa de 10 ml

Aguja intramuscular y subcutánea

Catéter números 14-16G.

Sistema inyector de suero

Sistema para evacuación y bolsa recolectora

Llave de 3 pasos.

Espadrapo para fijar el catéter

Solución intravenosa para la reposición de líquidos (albúmina, iones...).

2. Consentimiento informado: obtener el consentimiento informado del paciente, explicando el procedimiento en detalle, los riesgos y beneficios involucrados y respondiendo a todas las preguntas o inquietudes que pueda tener.

3. Posición del paciente: Ayudar al paciente a adoptar una posición cómoda, generalmente acostado de decúbito supino, con el cabecero elevado 30-45°. Proporcionar almohadas de apoyo si es necesario.

4. Preparación del campo estéril: Lavarse las manos adecuadamente y colocarse los guantes estériles. Proporcionar una cortina estéril alrededor del área de punción para mantenerla lo más limpia posible.

5. Preparación de la piel: Limpiar la piel alrededor del sitio de punción con un antiséptico adecuado, generalmente clorhexidina, alcohol o povidona yodada, siguiendo las instrucciones de la solución antiséptica y permitir que seque antes de continuar.

6. Anestesia local: Administrar anestesia local en el sitio de punción utilizando una aguja y jeringa estériles. Esto ayudará a reducir la molestia y el dolor del paciente durante el procedimiento.

7. Punción y drenaje: Usando una aguja adecuada, generalmente una aguja de calibre 16 a 18, realizar la punción en el área previamente preparada. Se introduce el catéter con una inclinación entre 45-90°. Una vez comprobado que refluye líquido ascítico, se va retirando el fiador a medida que avanza el catéter.

A continuación, conectar el sistema colector, con la llave de 3 pasos y comprobar que la conexión es correcta y drena líquido ascítico.

Por último, fijar el catéter al abdomen con cinta de esparadrapo, mediante la técnica de corbata.

8. Monitoreo y observación: Durante todo el procedimiento, monitorear constantemente al paciente para detectar signos de complicaciones, como dolor excesivo, sangrado o cambios en la presión arterial. Mantener una comunicación constante con el paciente y preguntar acerca de su nivel de comodidad.

9. Evacuación y registro: Una vez que haya evacuado la cantidad de líquido requerida o según las indicaciones del médico, retirar la aguja y aplicar presión en el sitio de punción. Ayudar al paciente a volver a una posición cómoda y registrar la cantidad de líquido drenado, así como cualquier cambio en la condición del paciente.

10. Cuidado posterior: Proporcionar instrucciones al paciente sobre cualquier cuidado posterior necesario, como observar signos de infección en el sitio de punción o cambios en la cantidad o color del líquido drenado.

5 Discusión-Conclusión

La paracentesis evacuadora es una técnica sencilla y segura que consiste extraer líquido de la cavidad abdominal mediante la inserción de un catéter a través del cual drena espontáneamente el líquido ascítico hasta una bolsa colectora.

El profesional de enfermería dentro del equipo sanitario es clave en el procedimiento, tanto en la preparación del paciente, preparación del material, cooperación con el médico durante la técnica, atención y cuidados del paciente tras la paracentesis.

Una mala praxis, determinada por falta de conocimientos adecuados del procedimiento, pueden hacer que se ejecute con menor calidad asistencial y que los cuidados y actividades que se realicen en el paciente tras el procedimiento no sean los indicados. Por ello es necesario establecer unas bases, fundadas en las recomendaciones científicas, que garanticen una atención de calidad.

6 Bibliografía

- Hospital Universitario Virgen del Rocío. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Sevilla. Junio 2012. Disponible en: https://elenfermerodelpendiente.files.wordpress.com/2014/01/manual-de-procedimientos_generales_enfermeria_huvr.pdf
- Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Unidad de Proceso Enfermero. Manual de Protocolos y Procedimientos (8ª edición). Málaga. 2004. Disponible

en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0010.pdf>

- Fortún Pérez de Ciriza MT. Libro electrónico de Temas de Urgencias. Paracentesis. Pamplona: Servicio Navarro de Salud; 2008
- Perry Potter, Técnicas y procedimientos básicos Interamericana Mc Graw Hill 1991. ISBN84-7615-719-3
- Rovira Gil E. Urgencias en Enfermería. DAE Paradigma ISBN: 84-931330-2-7
- Moya Mir Ms. Normas de actuación en urgencias. Edit. Panamericana 2005 ISBN84-7903-984-1
- Rosen P, Chan TC, Vilke GM, Sternhbach G. Atlas de Procedimientos de Urgencias. Madrid: Editorial Elsevier; 2005. Google Books
- M.G. Fernández Esparrach. Actitudes terapéuticas en la ascitis. Medicine, 7 (1996).
- J.L. Martín, J.I. Torres. Ascitis. Manual del médico de guardia, 2.a ed.
- M.P. Gil Ibañez, A. Barbado Cano, A. Julián Jiménez. Técnicas invasivas en urgencias.

Capítulo 17

ENFERMERIA Y EL CUIDADO DE LA CONEXIÓN IRREGULAR ENTRE UNA ARTERIA Y UNA VENA

CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA

MARIA LEON HERVAS

MARIA DEL VALLE ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS

1 Introducción

La insuficiencia renal crónica es una pérdida progresiva e irreversible de la función renal, donde el paciente pierde la capacidad para filtrar y limpiar la sangre, el agua y los productos de desecho, acumulando líquido y productos de desecho en el organismo, los cuales pueden ser tóxicos.

Los riñones actúan de filtro retirando de la sangre el exceso de agua y los productos de desecho. Los individuos con insuficiencia renal crónica no tienen la capacidad de limpiar la sangre, necesitando diálisis, siendo la más común la hemodiálisis.

Antes de comenzar este tratamiento, tiene que haber una manera de poder extraer la sangre del organismo y volver a introducirla.

La fístula arteriovenosa interna, llamada FAVI, es una conexión quirúrgica directa de una arteria a una vena que permite el flujo elevado de sangre, así como disponer de una vena en condiciones óptimas para la punción. La FAVI se realiza en pacientes que precisan de hemodiálisis.

El cuidado de la fístula es esencial en estos pacientes, ya que garantiza un acceso directo al torrente sanguíneo.

El personal de enfermería es el profesional encargado de brindar esos cuidados, a la vez que enseña al paciente a cuidar de su fístula.

Los cuidados pueden dividirse en 3 tipos: cuidados pre y post-quirúrgicos, cuidados generales y cuidados antes y después de una sesión de hemodiálisis.

2 Objetivos

-Exponer las actividades de enfermería para el cuidado de la fístula arteriovenosa interna.

3 Metodología

Para la búsqueda de información se ha consultado en bases de datos científicas como: Pubmed, Scielo y Cochrane. Además, se han consultado diversos protocolos de actuación y guías clínicas. De los numerosos resultados encontrados, finalmente se han llevado a estudio 5 por gran contenido y relevancia de publicación.

4 Resultados

La FAVI precisa unos cuidados específicos y continuados que garanticen el correcto funcionamiento y mantenimiento. Los cuidados de enfermería estarán enfocados en función del período en el que se encuentre el paciente. Estos cuidados van a ser de 3 tipos, como:

1. Cuidados en el periodo pre-quirúrgico y postquirúrgico: los cuidados pre-quirúrgicos se inician con los programas de educación al paciente, la monitorización y la vigilancia del futuro acceso. Respecto a los cuidados pos-quirúrgico inmediato y tardío, enfermería se centrará en observar y detectar complicaciones que produzcan el fracaso de la FAVI.

2. Cuidados generales:

- Mantener una correcta higiene corporal.

- Evite golpes y rozaduras en el brazo donde esté situada la fistula, ya que puede llevar a que deje de funcionar o que se produzca sangrado.
- No cargar peso con ese brazo.
- No tomar la tensión arterial en el brazo de la fistula.
- Evitar apoyarse sobre el brazo de la fistula al descansar.
- No llevar ropas apretadas, bolsos, relojes u objetos que aprieten el brazo de la FAVI.
- Indicar al paciente que comunique al personal sanitario cualquier cambio que se produzca en el aspecto de la fistula.
- No puncionar el brazo portador de la fistula para realizar una extracción de sangre.

3. Cuidados antes y después de una sesión de hemodiálisis: el objetivo de estos cuidados es evitar posibles complicaciones derivadas de una higiene deficiente (infecciones) poniendo en peligro la integridad de la fistula. Los cuidados irán enfocados a que el paciente se duche en el domicilio antes de acudir a diálisis, a pesar de que en la unidad se procederá nuevamente al lavado del brazo con jabón antiséptico y a desinfectarlo. Dentro de los cuidados tras la sesión de hemodiálisis, se encuentran realizar hemostasia colocando después un apósito. Si aparecieran hematomas, aplicar pomadas específicas varias veces al día masajeando la zona.

5 Discusión-Conclusión

Tras esta revisión se puede concluir que el bienestar integral y la seguridad del paciente portador de una FAVI son los principales objetivos que debe tener en cuenta el profesional de enfermería. Las actividades e intervenciones de cuidado que realiza enfermería sobre la FAVI para lograr su desarrollo están basadas en conservar y mantener un óptimo funcionamiento de la fistula.

Para realizar las actividades necesarias para el buen cuidado de la FAVI, es esencial que el profesional de enfermería esté perfectamente formado y cualificado en esta materia, brindando los mejores cuidados en las diferentes etapas que se encuentre el paciente con su FAVI.

6 Bibliografía

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

Capítulo 18

MUESTRA POR ENFERMERÍA DE LAS ENFERMEDADES Y PATOLOGÍAS PROCEDENTES DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA

MARIA LEON HERVAS

MARIA DEL VALLE ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS

1 Introducción

Los virus que originan la infección por virus de inmunodeficiencia humana virus (VIH) son retrovirus, los cuales son virus ARN que se replican mediante un ADN mediador, que depende de la ADN polimerasa o retrotranscriptasa, derivada del ARN y que se encuentra dentro del virión. Este conjunto enzimático consiente copiar o transcribir información genética de tipo ARN a ADN. Esta causa, para sintetizar una partícula a partir de una información genética en forma de ARN, solo es aplicable a estos virus.

De este modo, la familia de los retrovirus está fraccionada en varias subfamilias: oncoviridae, espumaviridae y los lentiviridae, las cuales tienen, desde el punto

de vista de sus operaciones biológicas, diferentes particularidades y características. Estos últimos originan inmunodeficiencia, pues motivan la pérdida lenta y progresiva de las células que infectan. Dentro de este subgrupo, los que incitan la enfermedad en los seres humanos son el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- 1 y 2, descubiertos 1983 y 1986, respectivamente.(1).

Se analiza las patologías que son motivo de un ingreso urgente en los enfermos infectados por virus de inmunodeficiencia humana (VIH). El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) al mismo tiempo de favorecer la aparición de infecciones y tumores poco habituales, ha modificado la expresividad clínica de otras enfermedades consideradas más comunes. Así, la como la tuberculosis (TBC) es extrapulmonar o diseminada; la sepsis por salmonella no typhi es muy recurrente, y la sífilis puede presentarse como formas meningovasculares graves o sin una respuesta serológica.

2 Objetivos

- Analizar las patologías en síndrome de virus de inmunodeficiencia humana por enfermería, las cuales se exponen y su afectación a los sistemas y funciones del organismo en cuanto a patología respiratoria, neurológica, cutánea, digestiva, cardiovascular.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha efectuado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado publicaciones y artículos en las principales bases de datos:

Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Por aparatos localizamos:

- Patología respiratoria. Es el origen de consulta más frecuente, sobre todo neumonía por pneumocystis jirovecii y carinii, bronquitis o traqueo- bronquitis agudas, TBC y neumonía bacteriana. Otros un poco menos habituales son neumonía

por citomegalovirus, infección por micobacterias atípicas, nocardia, criptococosis pulmonar, sarcoma de Kaposi, candidiasis broncopulmonar, neumonía por herpes simple, etc. Los enfermos con clínica aguda o subaguda de infección bronquial con producción de tos, expectoración purulenta y roncus, con radiografía normal y con ausencia de insuficiencia respiratoria, pueden ser tratados de modo ambulatorio con eritromicina o amoxicilina- clavulánico. Para enfermos con un esputo positivo en micobacterias, isoniacida, pirazinamida, rifampicina y etambutol. Como el pneumocystis no consigue ser cultivado, el diagnóstico se basa en la presunción de pneumocystis se establecerá en una clínica diferente de la asociada a otros modos de inmunodepresión (aparición de disnea de esfuerzo, tos no productiva, fiebre durante días o semanas, además de una radiografía que evidencia infiltrados pulmonares intersticiales difusos y bilaterales, e hipoxemia con incremento del gradiente alvéolo-arterial de oxígeno).

La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se concierne con el desarrollo precoz de enfisema pulmonar y una mayor prevalencia de un patrón obstructivo en la espirometría en enfermos infectados, aunque hay que tener en consideración que, en la mayoría de los sucesos, los enfermos presentaban un hábito tabáquico.

También se ha observado que estos enfermos están más vulnerables y pre-dispuestos a desplegar tuberculosis, ser infectados por el virus H1N1 y sufrir hipertensión arterial pulmonar.

El fármaco de elección en cuanto a la patología respiratoria, para el tratamiento de neumonía por pneumocystis es el trimetoprim-sulfametoxazol. La afectación pulmonar en modo de embolias sépticas es la forma de comienzo de una endocarditis en enfermo adicto a drogas por vía parenteral.

La incidencia de cáncer de pulmón en enfermos infectados por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha aumentado desde la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad.

- Patología neurológica. Incluyen encefalitis aguda por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), encefalopatía subaguda o demencia causada por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), mielopatía subaguda, toxoplasmosis cerebral, criptococosis, encefalitis por citomegalovirus, linfoma cerebral primario, meningitis por micobacterias y leuco-encefalopatía multifocal progresiva. La consulta tiene lugar por aparición de focalidad neurológica o convulsiones, disminución del nivel de conciencia, síndrome meníngeo e incluso fiebre sin focalidad. Si el cuadro es muy difuso y sin focalidad unilateral, conviene ejecutar diagnóstico diferencial con intoxicación por opiáceos u otros fármacos. Se han de corregir los trastornos metabólicos. Junto a estos efectuamos una punción lumbar, TAC

cerebral o RMN. La presencia de cefalea intensa no traumática, ataxia, fiebre, escaso síndrome meníngeo y un TAC con dilatación ventricular, sugiere la infección por criptococo. Un TAC con masas hipodensas, únicas o múltiples, con captación periférica de contraste sugieren encefalitis por toxoplasma, iniciando un tratamiento pirimetamida y sulfadiazina. De modo concomitante se administran anticomieles y el edema cerebral se trata con dexametasona.

- Fiebre sin focalidad de más de una semana de evolución. Se ha de ejecutar una anamnesis muy detallada y minuciosa, junto a un hemograma, bioquímica, hemocultivos para bacterias y micoplasma, así como radiografía de tórax y abdomen. Entre las causas habituales de estos cuadros consideramos diseminación de micobacterias, citomegalovirus, criptococo, sepsis por salmonella, endocarditis del adicto a drogas, y el síndrome constitucional.

- Patología cutánea. Entre estas se encuentra la dermatitis seborreica, foliculitis, alopecia, vasculitis leucocito-clástica, sarcoma de Kaposi, herpes simple, (lesiones en mucosa y labios), herpes zoster (su incidencia se incrementa de manera exponencial en el enfermo infectado por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y puede debutar como la primera manifestación de la enfermedad), engrosamiento hiperqueratósico blanquecino de los bordes laterales de la lengua e invasión cutánea por linfoma y micobacterias. Las toxicodermias tienen una elevada incidencia en relación con el tratamiento con unas dosis altas de sulfamidas en la neumonía por pneumocystis carinii. También flebitis sépticas o infecciones de partes blandas, como patología más benigna.

- Patología digestiva. La elevada incidencia de patología orofaríngea en el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) obliga a una revisión muy detallada de la cavidad en todos los enfermos. Candidiasis orofaríngea, manchas blancas con un fondo eritematoso, y mucositis por herpes simple oral y anal, son las entidades más frecuentes. La primera se trata con nistatina o miconazol, reservando ketoconazol y fluconazol para casos más severos o rebeldes. Suelen ser patologías recurrentes. En el segundo caso, el tratamiento es aciclovir o famciclovir vía oral. Otras patologías menos acostumbradas son leucoplaquia vellosa en los márgenes de la lengua, relacionada con papovavirus y el virus de Epstein-Barr, que no suele requerir tratamiento, salvo en ciertos casos rebeldes que lo haremos con aciclovir. El sarcoma de Kaposi, sobre paladar óseo, puede observarse en forma de masas sobreelevadas de color rojo y este tipo de tumor también puede ocasionar una hemorragia digestiva alta en función de su ubicación (sarcoma gástrico y/o duodenal). El esófago habitualmente está afectado por candidiasis, citomegalovirus y herpes. Se ha de iniciar el tratamiento con ketoconazol o fluconazol. La diarrea está presente en el 50 y hasta el 90 % de los enfermos con SIDA y en el 45 al 88 % de

los casos puede llegar a identificarse el agente etiológico de la misma. Puede ocasionar diarrea crónica y conducir al síndrome de malabsorción. El tratamiento es con zidovudina. A veces, la diarrea se debe a infección intestinal por *cryptosporidium*, *isospora*, *salmonella*, *shigella*, *giardia*, amebas, etc.

- Púrpura. La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es el origen más frecuente de trombopenia. El cuadro es indistinguible de la púrpura trombopenia idiopática clásica, caracterizado y particularizado por la aparición de púrpura y equimosis, trombopenia y normalidad de las restantes series, médula ósea con un incremento de megacariocitos y presencia de anticuerpos antiplaquetarios. Se emplea habitualmente prednisona a dosis de 1 mg/kg/día. Otras alteraciones hematológicas concomitantes son la anemia, leucopenia, trombopenia o inclusive la combinación de ellas.

- Patología cardiovascular: la pericarditis es la manifestación cardíaca más acostumbrada en enfermos infectados por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), originado en 1 de cada 5 enfermos por un derrame pericárdico. La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) también origina y ocasiona enfermedad miocárdica (miocardiopatía dilatada), acrecienta el riesgo de desarrollar hipertensión arterial y pulmonar (con o sin cor pulmonale), enfermedad arterial periférica, estados de hipercoagulabilidad, prolongación del intervalo QT, dislipemias (disminución de los niveles de cHDL y cLDL con incremento de los triglicéridos), arteriosclerosis, diabetes, síndrome metabólico y enfermedad coronaria.

5 Discusión-Conclusión

Con la ejecución de la atención de la salud a las personas con VIH/sida en los consultorios médicos de la familia, el equipo de salud debe tener en consideración estos aspectos puntuales para ofrecer un servicio exhaustivo a los enfermos y concretar los nuevos cambios que ha experimentado el programa.

La variedad de las investigaciones relacionadas y no relacionadas con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que atañen a las personas afectadas por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) requerirá de un manejo multidisciplinario por parte de las diversas especialidades de la medicina y la cirugía como también de otras profesiones de la salud por lo que se deben instituir redes formales de consulta y derivación al interior de los Servicios de Salud que certifiquen a estas personas la atención por profesionales calificados y tiempos máximos entre solicitud y asignación de horas, el acceso expedito y oportuno a estudios de imágenes, hospitalización de baja complejidad y en unidades de cuidados intensivos.

El rol de enfermería y de la Atención primaria de salud es trascendental en la detección, consejería y desviación oportuna de los casos positivos al nivel de atención ambulatoria de especialidades.

6 Bibliografía

1. Lamotte Castillo José Antonio. Infección por VIH/sida en el mundo actual. MEDISAN [Internet]. 2014 Jul [citado 2022 Feb 10] ; 18(7): 993-1013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700015&lng=es.
2. González Labrador, Ignacio, Arteaga Mena, Diana, & Frances Márquez, Zoraida. (2015). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: desarrollo histórico e importancia del conocimiento para su prevención. Revista Cubana de Medicina General Integral, 31(1), 98-109. Recuperado en 08 de febrero de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000100013&lng=es&tlng=es.
3. Mendoza Altuna Teresa. Síndrome de inmunodeficiencia común variable a propósito de un caso. Med. segur. trab. [Internet]. 2013 Dic [citado 2022 Feb 08] ; 59(233): 444-447. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2013000400008&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000400008>.
4. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)/SIDA. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2010 Jun [citado 2022 Feb 08] ; 27(3): 239-276. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182010000300013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182010000300013>.

Capítulo 19

PACIENTE CON DISPOSITIVO INTRA VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA

MARIA LEON HERVAS

MARIA DEL VALLE ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS

1 Introducción

La inserción del catéter central periférico en la vena basilica consiste en una vía larga y larga y flexible que se introduce en la zona superior de la flexura del brazo del paciente, para poder introducir medicación de tal manera que se llega a una de las venas cercanas del corazón.

Este tipo de vías son responsabilidad de la enfermera por orden del facultativo, llega a uno de los conductos cercanos al corazón en su zona proximal y en su parte distal puede tener varias luces, normalmente se utilizan de dos luces para los pacientes de las plantas y de tres luces para los pacientes de las unidades de críticos.

Cada una de las luces tiene unas llaves de tres pasos con un tapón en el extremo que se suele conectar a un sistema de medicación para poder administrar al paciente lo que necesita sin necesidad de estar pinchándole para ello. El paciente puede tener numerosas necesidades como tomar muestras de sangre, administrar líquidos, transfusión de sangre, nutrición parenteral, o simplemente medicación. Este tipo de vías con los cuidados de enfermería necesarios pueden utilizarse durante de forma continuada durante año y medio para facilitar cualquier proceso de curación al paciente que lo porta. La enfermera es responsable de cuidarlo para evitar su infección y obstrucción.

2 Objetivos

- Dar a conocer a algunas cuestiones básicas concernientes con los cuidados y mantenimiento del catéter periférico central.
- Unificar criterios y perfeccionar los protocolos y la asistencia sanitaria respecto a este tipo de vías.

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

Las vías periféricas centrales son responsabilidad de la enfermera a través del conducto pequeño y flexible que evita una técnica invasiva hacia el paciente de forma continuada. Este catéter se puede lavar y tapar con los objetos adecuados cuando no se utiliza y conlleva una serie de cuidados que previenen estancias más largas en los centros sanitarios. En caso de infección de la vía se aconseja la retirada y la introducción en otra zona del cuerpo del paciente.

Al ser una vía que va directamente abocada al corazón debe realizarse su inserción de forma estéril para evitar infecciones. La forma y los cuidados de los

mismos conlleva unos apósitos estériles especiales que deben evitar manipularse y cambiarse únicamente cuando sea necesario.

La higiene de manos debe realizarse con mayor pulcritud a la hora de la manipulación de estos catéteres. Debe curarse con clorhexidina y la parte interna con sustancias que eviten la obstrucción en el caso de que alguna de las luces lleve tiempo sin usarse, como por ejemplo suero fisiológico o heparina.

Se describe un protocolo de cuidados de este catéter por parte de la enfermería a aquellos usuarios del sistema sanitario que lleven este tipo de vías:

- Evitar ejercicios bruscos y esfuerzos después de haberse insertado este catéter.
- Evitar utilizar objetos cortantes cerca de la vía porque puede cortarse la misma y provocamos mayor traumatismo al paciente.
- No practicar deportes bruscos o de contacto.
- Pegar el extremo distal de la vía al paciente con apósitos para evitar que los enganche el paciente y se lo extraiga a la vez que se evita mojarse en la higiene del paciente y se protege de cualquier infección nosocomial.
- Higiene y curas en la parte distal de la vía central periférica para evitar problemas mayores como una sepsis.
- La inserción del catéter conlleva una técnica estéril para la enfermera que los realiza y conlleva el apoyo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- La orden de su inserción proviene del médico responsable del usuario del sistema.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, esta técnica invasiva de inserción de catéteres periféricos centrales es una delegación y aumento de las responsabilidades de esta categoría profesional que evita mayores traumatismos para el paciente frente a una vía central. Esta técnica es menos invasiva y peligrosa para el usuario.

Es básico para conservar, mantener y cuidar estas vías, la educación al paciente, marcando las pautas para que en lo que este pueda cuide la vía, pero conlleva una formación específica por parte de la enfermería que en muchos casos declina la responsabilidad de su inserción a las enfermeras de los servicios especiales como las de las unidades de críticos o de cuidados intensivos.

La categoría profesional de la enfermería debe formarse y se le debe facilitar esta formación para atender a los pacientes en base a los cuidados de la bioética.

6 Bibliografía

1. <https://spaoyex.es>.

Cuidados del PICC - spaoyex.

2. <https://enfermeriacreativa.com>.

Mantenimiento y Cuidados del PICC - Enfermería Creativa.

3. <https://libraria.xunta.gal>.

Procedimiento, cuidado y manejo del catéter central de inserción.

4. Silva Bretas Tereza Cristina, Silva Fagundes Magna Ferreira, Versiani Clara de Cássia, Marques Andrade Frederico. Conocimiento del equipo de enfermería sobre la inserción y mantenimiento del catéter central de inserción periférica en recién nacidos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Oct [citado 2022 Sep 14] ; 12(32): 11- 20. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400002&lng=es)

61412013000400002&lng=es.

5. <https://www.iacs.es/wp-content/uploads/2019/11/Protocolo-CVP-Logos.pdf>.

6. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_

2012/h4_cuidadomto_cateter_periferico.pdf.

7. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidadosdelcateter-intravenoso-periferico/>.

Capítulo 20

LA IMPORTANCIA DEL ORDEN CORRECTO DE LLENADO DE TUBOS EN LA EXTRACCIÓN SANGUÍNEA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

SARAY JIMENEZ ALAVA

LAURA LOPEZ BLASCO

CLAUDIA LERIN PEREZ

MARIA LASHERAS CACHO

VERONICA DÍAZ ROSILLO

1 Introducción

La sangre venosa se considera la muestra hematológica por excelencia debido a la riqueza de datos que aporta. Aunque resulte un proceso rápido y relativamente fácil, su obtención requiere del cumplimiento en cadena de una buena práctica por parte de diferentes profesionales del ámbito sanitario para así obtener una prueba de calidad. A través de esa muestra de calidad, el laboratorio clínico obtiene la información necesaria sobre el estado de salud de una persona, establece un diagnóstico, evalúa una evolución y/o pronóstico de una enfermedad, etc.

Este complejo proceso, que empieza cuando el médico realiza la petición y termina cuando dicho resultado llega a manos del profesional que la solicitó, se divide tres fases: preanalítica, analítica y post-analítica.

La fase preanalítica comprende acciones como: solicitud del examen a petición del médico, indicaciones específicas a seguir por el paciente, la adecuada selección de los tubos de extracción, la realización de la extracción por parte del profesional enfermero, el transporte correcto de la muestra al laboratorio y su almacenamiento, además de su manejo y análisis por parte del personal de laboratorio. Esta primera fase resulta muy importante porque es en la cual se detectan un mayor número de errores, lo cual conlleva el rechazo de las muestras por parte del laboratorio clínico. Es, por tanto, en esta fase, donde enfermería cobra un mayor protagonismo, al ser la responsable de la obtención de las mismas.

Existen en esta fase, además, numerosos factores que pueden afectar a la calidad de las muestras sanguíneas como, por ejemplo: dieta y ayuno; ejercicio físico y medicación; postura de la extracción, etc. Dentro del proceso de la obtención de muestra destaca, también, el orden de llenado de los tubos sanguíneos.

Está demostrado que un orden de llenado de los tubos de sangre de forma incorrecta puede desembocar en una alteración de los resultados y, en consecuencia, el paciente se verá afectado al tener que realizar la extracción sanguínea de nuevo. La realización de la técnica de manera correcta es total responsabilidad del profesional enfermero, minimizando así posibles errores en los resultados de los análisis. De ahí la importancia de seguir un orden exhaustivo del llenado de tubos para garantizar la calidad de las muestras obtenidas.

2 Objetivos

-Proporcionar educación a los profesionales enfermeros sobre el correcto llenado de los tubos sanguíneos para así disminuir el número de muestras alteradas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda, organización y valoración de la información recopilada a través de bases de datos científicas como: Pubmed y Google Académico. Como criterios de inclusión se han tenido en cuenta artículos tanto en inglés como en español y año desde 2011 hasta la actualidad. Las palabras clave elegidas han sido: phlebotomy, order of draw, errors, enfermería, hematología, ex-

tracción de sangre, tubos de sangre. Estas palabras han sido combinadas con los operadores booleanos OR y AND.

4 Resultados

Resulta crucial seguir un orden concreto en el llenado de los tubos sanguíneos en cada extracción. Y es que, cada tubo contiene en su interior unos aditivos, y estos, a su vez, pueden contaminar el siguiente tubo que se llena. Como consecuencia, se podrían alterar los parámetros que se quieren analizar posteriormente en el laboratorio.

El profesional enfermero se enfrenta diariamente a la extracción de diferentes muestras obtenidas de varias maneras (Vacutainer, palomilla, ...) y es posible que, por desconocimiento, se extraigan los tubos sin un orden predeterminado.

Para una correcta técnica a la hora de extraer los tubos de sangre, es imprescindible conocer tanto las formas de extracción como la composición de los diferentes tubos de llenado.

-Como formas de extracción más utilizadas encontramos: La jeringa o Vacutainer y la palomilla. La diferencia se encuentra en que el Vacutainer no contiene aire en su interior, mientras que la palomilla sí lo contiene en el tubo que va desde la aguja hasta la campana. Y esto debe ser considerado a la hora de extraer determinados tubos.

-Como composición de los diferentes tubos de extracción encontramos:

1. Tubo sin aditivos: se utiliza para el estudio de determinaciones en suero (pruebas de Bioquímica, serología, metabolismo del hierro...). Estos tubos no llevan anticoagulante, aunque su pared interna está recubierta con una sustancia activadora del coágulo que facilita y acelera el proceso retracción del coágulo. También contienen en el fondo un gel separador, el cual facilita la separación de suero y coágulo tras la centrifugación.

2. Tubo Citrato (para coagulación). Contiene como anticoagulante citrato trisódico. El citrato viene en una cantidad prefijada para mezclarse con un volumen fijo de sangre. Es crucial que, en las pruebas de coagulación, la proporción de sangre y anticoagulante sea exacta, ya que, si no es la adecuada, los resultados se podrían alterar. Con ella se obtiene el plasma, tras centrifugación de la sangre anticoagulada.

3. Tubo EDTA: se usa para el estudio cuantitativo y cualitativo de las células sanguíneas, que incluye el recuento de las mismas, el estudio de su morfología (hemograma) y el estudio inmunohematológico (pruebas de compatibilidad, grupos sanguíneos, ...). Contiene como anticoagulante el EDTA K3 (sal tripotásica

del ácido etilendiaminotetraacético). Con ella se obtiene sangre total anticoagulada.

4. Tubo Heparina de Litio: se utiliza para realizar determinaciones bioquímicas y algunas técnicas especiales. Este tubo contiene Heparina de Litio como anticoagulante. Con ella se obtiene sangre total anticoagulada

5. Hemocultivos: se utilizan como método para la detección de microorganismos en la sangre, para posteriormente realizar la identificación y susceptibilidad antimicrobiana. Existen dos tipos de tubos: un anaerobio y un aerobio.

Teniendo en cuenta todas las características mencionadas anteriormente, se considera que el correcto orden de recogida de tubos para evitar la contaminación cruzada de la muestra por aditivos sería:

1º Hemocultivos: si la extracción es con palomilla se llena primero el aeróbico. Si la extracción es con jeringa el primero en llenarse sería el anaeróbico.

2º Tubo sin aditivos

3º Tubo citrato

4º Tubo heparina de Litio

5º Tubo EDTA.

Además del orden de llenado, es importante tener en cuenta una serie de recomendaciones:

- El tubo de citrato para coagulación debe extraerse siempre antes que los tubos que llevan otros anticoagulantes, evitando que se contamine con el tubo EDTA o Heparina de litio, y así no interfiere con el estudio de coagulación.
- Si el tubo citrato es el único que se necesita extraer o tiene que ser el primero, es importante llenar un tubo de descarte con unos 5 ml de sangre aproximadamente para eliminar una posible contaminación de la muestra con tromboplastina tisular que proviene del sitio de punción.
- Llenar cada tubo hasta que se agota el vacío para conseguir la cantidad correcta de sangre y a su vez mantener la proporción de sangre y anticoagulante adecuada.
- Dejar resbalar suavemente la sangre por la cara interna del tubo para evitar una posible hemolisis de la muestra.
- No destapar los tubos y volverlos a cerrar, ya que el tapón podría saltar por la excesiva presión y, por lo tanto, derramar la muestra.
- Invertir suavemente varias veces los tubos que contienen anticoagulante para conseguir una homogeneización de la muestra. Por el contrario, es recomendado no mover los tubos que no contienen anticoagulante para evitar la hemolisis.

Todo ello tiene como objetivo disminuir el riesgo de contaminación cruzada de tubos y los aditivos que contienen los mismos, no obstante, el material utilizado

puede variar de un centro a otro y del laboratorio con el que se trabaje. Por lo tanto, es importante consultar y seguir los protocolos establecidos en cada lugar de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

La extracción de sangre venosa es un proceso muy común dentro de la rutina del profesional enfermero, y aunque a priori resulte sencillo, es necesario conocer cada detalle del mismo para conseguir unas muestras venosas de buena calidad. No cabe duda de que el enfermero/a desempeña un papel fundamental en el dicho proceso, de ahí que cada enfermero/a sea responsable del conocimiento de la técnica para llevarla a cabo de la manera más correcta posible. Dentro de ese proceso es imprescindible tener más cautela en la fase pre analítica porque está demostrado que en esta es donde ocurren la mayor cantidad de errores.

Está comprobado que un llenado de los tubos sanguíneos, incorrecto, puede causar una contaminación cruzada de las muestras y como consecuencia el paciente puede verse afectado. En primer lugar, esa alteración de las muestras podría llevar a un falso diagnóstico, pronóstico... Y, en segundo lugar, la molestia de tener que realizarle la extracción venosa de nuevo al paciente. De ahí que sea imprescindible que el enfermero/a tenga conocimiento y siga un orden estricto del llenado de tubos de analítica.

6 Bibliografía

Fernandez Lozano C, Constantin A, Ferreira de Brito B, Calzado Sanz C, Hernandez Requejo M, Ferrano Martinez C. El orden correcto de llenado de tubos en la toma de muestras sanguíneas. (RSI)Revista Sanitaria de Investigación. 2021. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-orden-correcto-de-llenado-de-tubos-en-la-toma-de-muestras-sanguineas-articulo-monografico/>

Moral Jiménez J, Mesa Fernández E, Conde Anguita A. Importancia del orden de llenado de los tubos de muestras sanguíneas por enfermería. NURE Investigación 2011; 54: 1-8. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/549>

Nikolac N, Supak-Smolcic V, Simundic AM, Celap I. Croatian Society of Medical Biochemistry and Laboratory Medicine: national recommendations for venous blood sampling. Biochem Med. 2013; 23 (3): 242–254. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3900082/>

Lippi G, Banfi G, Church S, et al. Preanalytical quality improvement. In pursuit of harmony, on behalf of European Federation for Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM) Working group for Preanalytical Phase (WG-PRE). Clin Chem Lab Med. 2015; 53: 357-70. Disponible en: <https://www.degruyter.com/view/j/cclm.2015.53.issue-3/cclm-2014-1051/cclm-2014-1051.xml?format=INT>

Chico García E, Puig Sánchez MA, Sanchez Coca R. Orden de llenado de los tubos en una extracción analítica. Revista Electrónica de portales médicos. 2016. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/orden-de-llenado-tubos-extraccion-analitica/>

Arias de la Garza E, Hernández Orozco H, Manzano Arredondo D, Díaz Jimenez V, Castañeda Narváez J, González Saldaña N, Et al. (2019) Toma de cultivos. Recomendaciones. Servicio de infectología pediátrica y comité de infecciones asociadas a la atención salud. Disponible en: https://www.pediatrica.gob.mx/archivos/burbuja/5_Recomendaciones_de_toma_de_heocultivos.pdf

Cornes M, Ibarz M, Ivanov H, Grankvist K. Blood sampling guidelines with focus on patient safety and identification – a review. Diagnosis 2019; 6(1): 33–37. Disponible en: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/dx-2018-0042/html>

Capítulo 21

ENFERMERÍA Y EL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

DANIEL LOPEZ REY FORTUNA

GONZALO MARTINEZ MARTINEZ

RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO

JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ

JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA

1 Introducción

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) permite prestar al paciente los cuidados individualizados que precisa, mediante la aplicación del método científico en la asistencia. Actualmente, los cuidados se basan en protocolos muy estructurados y en planes.

Un PAE consta de las siguientes etapas:

- Valoración.
- Diagnóstico.
- Planificación.
- Ejecución.
- Evaluación.

En este trabajo, que se desarrollará a continuación, se realizará el PAE con cada una de sus etapas, previamente explicadas, a un paciente ingresado en el servicio de Pediatría del Hospital General de Albacete.

Los padres del paciente son informados de la utilización de su caso para realizar este trabajo, y da su consentimiento.

La valoración del paciente a continuación será lo importante, es la primera etapa del PAE, consiste en la recogida de datos en relación al paciente, para conocer cómo es su estado de salud. Esta información es la base para la toma de decisiones que se llevarán a cabo posteriormente. La valoración de un paciente se realiza siguiendo una serie de patrones o necesidades, que pueden ser funcionales o disfuncionales. Es decir, pueden estar alteradas o no.

En este caso, se utilizarán como guía para la valoración, las necesidades establecidas por

Virginia Henderson (enfermera teorizada que incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería). Las 14 necesidades son:

- Respiración.
- Alimentación.
- Eliminación.
- Movilidad/Deambulación.
- Dormir/Descansar.
- Vestirse/Desvestirse.
- Mantener la homeostasis.
- Higiene.

2 Objetivos

-Describir el proceso de atención al paciente por parte del personal de enfermería en el ámbito hospitalario a raíz de un caso clínico.

3 Caso clínico

Mujer de 79 años que acude derivada de AP por presentar en analítica anemia en rango transfusional. La paciente no tiene sintomatología alguna, no fiebre, no cuadro catarral previo, deposiciones completamente normales. Lo único que sí refiere es debilidad de MMII desde el 23/04/2023, cuando acudió a este servicio por Hipoglucemia. No puede tenerse en pie desde entonces.

NECESIDAD RESPIRATORIA: La paciente tiene un tipo de respiración normal.

Su frecuencia respiratoria también es normal. No tiene tos, y tampoco manifiesta tener secreciones. No necesita oxigenoterapia. No presenta traqueotomía ni tiene la necesidad de la respiración alterada.

NECESIDAD ALIMENTACIÓN: Es dependiente para comer. El paciente tiene nutrición diabética, y tolerancia a la dieta. Tiene riesgo de malnutrición. Tiene un IMC por encima de 23. Su nutrición es adecuada, y no ha experimentado falta de apetito o problemas digestivos, sino que ha comido igual; Aun así ha perdido >3 kg de peso en los últimos 3 meses, probablemente debido al estrés derivado de su patología. No necesita sondas para la alimentación, y no tiene, por todo lo mencionado.

Observación: Necesidad de alimentación alterada.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN: El paciente tiene algún tipo de complicación en la eliminación urinaria. Su continencia es de un episodio diario como máximo de incontinencia, por lo que utiliza pañales y colectores, y lleva sondaje vesical Foley.

La eliminación intestinal es normal (no presenta diarrea, estreñimiento, o rectorragias). Su continencia es normal y hace uso de pañal y dependiente para usar el retrete.

Observación: Necesidad de eliminación alterada.

NECESIDAD DE HIGIENE-PIEL: Tanto a simple vista, como preguntando al paciente, compruebo que su higiene corporal es buena; no se encuentra descuidado, no presenta mal olor, y se le ve aseado. Su higiene bucal también es buena. Normalmente es **DEPENDIENTE** para lavarse, sin embargo, manifiesta que desde que está en hospital necesita una leve ayuda para llevar a cabo su higiene debido a su enfermedad.

Sus mucosas no se encuentran hidratadas y su piel está expuesta a la humedad (ocasionalmente húmeda), por lo que existe problema aparente de riesgo de lesiones cutáneas (UPP) con un riesgo moderado de UPP en la escala de Braden.

Tiene presencia de úlceras y su riesgo de lesiones cutáneas (Braden) es un problema.

Observación: Necesidad de higiene-piel alterada.

NECESIDAD DE VESTIDO: En su casa es dependiente para vestirse y para arreglarse (Barthel), y actualmente en el hospital precisa de ayuda por parte de alguien al no tener la movilidad adecuada.

Observación: Necesidad de vestido alterada.

NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN: Partimos de que el paciente sufre una enfermedad. A consecuencia de ello, tiene la movilidad muy limitada. También he podido observar que suele trasladarse de la cama al sillón varias veces al día, que

su actividad es en silla y que su marcha es insegura con/sin ayuda.

Observaciones en la movilización: Como he mencionado, le ayuda su familia a desplazarse, a vestirse, a asearse, etc. Por lo tanto, tiene una reducción del nivel de movilidad. Necesidad de movilización alterada.

NECESIDAD DE SEGURIDAD: El paciente no tiene riesgo de autolesión y tampoco necesita medidas de sujeción preventiva. Se encuentra consciente y orientado, alegre, y participativo con los sanitarios. No ha ingresado por una caída y tampoco las ha sufrido en el último año. Por todo ellos su seguridad no está alterada, sino que es adecuada.

Observación: Necesidad de seguridad no alterada.

NECESIDAD DE TEMPERATURA: No tiene la necesidad de la temperatura alterada, todo lo contrario, su termorregulación es normal, oscilando en torno al 36,5 y al 37 con pequeñas variaciones de algunas décimas.

Observación: Necesidad de temperatura no alterada.

NECESIDAD DE DORMIR: El patrón del sueño no está alterado, siendo este continuo. Hoy tiene buena cara y no le noto muy cansada.

Observación: Necesidad de dormir no alterada.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN: Está orientada y no tiene dificultad en el lenguaje o en la comunicación, intenta entablar una conversación siempre que puede.

Deficiencias sensoriales: Tiene un déficit visual, auditivo y de extremidades. La percepción sensorial (Braden) está muy limitada.

Observación: Necesidad de comunicación alterada.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE: Conoce muy bien el motivo de su ingreso y el proceso de su enfermedad, y me comenta que no necesita educación sanitaria, sin embargo, deduzco que le gustaría, y le vendría bien, tener más información acerca de su patología.

Capacitación del Paciente/ Cuidador: Ambos están capacitados. La conducta terapéutica del paciente es buena, sigue el tratamiento y la rehabilitación prescrita (siente que va mejorando poco a poco). Tiene una motivación moderada de aprendizaje y una buena participación en toma de decisiones (NOC). Tiene un valor de nivel II de Capacitación.

Observación: Necesidad de aprendizaje alterada.

NECESIDAD DE VALORES-CREENCIAS: No percibo que tenga ningún conflicto entre sus creencias y los cuidados de salud prestados.

Observación: Necesidad de valores-creencias no alterada.

NECESIDADES DE REALIZACIÓN PERSONAL: Su estado anímico es estable. No tiene problemas psicológicos y se le ve alegre y tranquila.

Riesgo social: El teléfono de contacto aportado por el paciente es el 610269568, número de su hija, con la cual se siente más apoyada, y la que es su cuidadora principal (menos de 65 años). La paciente vive en una residencia de mayores.

No sospecho maltrato, y tampoco barrera idiomática, se trata de una paciente de nacionalidad española que habla el castellano. No sospecho de riesgo social.

Observación: Necesidad de realización personal no alterada.

NECESIDAD DE OCIO: No tiene la necesidad de ocio alterada.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL:

- Cura lunes y jueves de los tobillos.
- Administración de la medicación pautada.
- Valoración del nivel de dolor.
- Control del nivel de glucemia (es diabético).
- Reevaluación del riesgo de UPP en 7 días.

4 Discusión-Conclusión

PERCEPCIONES Y DIFICULTADES DURANTE LA ENTREVISTA: No he experimentado ninguna dificultad a la hora de realizar la valoración, pues me habría supuesto complicaciones a la hora de analizar necesidades, pero el paciente se mostró amable, colaborador y predispuesto a realizarla desde el momento en el que se lo propuse. Además, el tiempo de la entrevista y el entorno fueron los adecuados, encontrándose el paciente solo en la habitación junto a su cuidadora, con la intimidad necesaria.

Por otra parte, mencionar que su recuperación es favorable y que poco a poco va mejorando su situación. No percibo ningún problema complementario aparte del problema del ingreso.

5 Bibliografía

Valoración del paciente extraída de la HC y de las preguntas/entrevista realizadas.

- Diagnósticos NANDA, objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) extraído de:

1. Listado Diagnósticos Enfermeros NANDA

Capítulo 22

ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS EN LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

DANIEL LOPEZ REY FORTUNA

GONZALO MARTINEZ MARTINEZ

RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO

JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ

JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA

1 Introducción

La obesidad es una enfermedad metabólica que afecta a personas de todas las edades, géneros y niveles socioeconómicos y se considera una epidemia. Se clasifica como una enfermedad crónica no transmisible y es uno de los principales factores contribuyentes.

Costos asociados con enfermedades, lesiones y muerte que tienen un impacto en la política, la economía y la sociedad.

La obesidad se caracteriza por una sobreabundancia de grasa corporal por encima de lo que se considera normal.

Los estilos de vida poco saludables asociados con los patrones de alimentación y la inactividad son uno de los factores que contribuyen a esta situación.

Lo más importante para el personal de enfermería es brindar a estos pacientes la seguridad y las herramientas que necesitan para vencer esta enfermedad, independientemente de cómo se haya llegado a este punto.

Aunque los factores metabólicos y clínicos pueden contribuir al desarrollo de la obesidad, también debemos tener en cuenta los posibles factores psicológicos. Algunos de los desencadenantes de la obesidad incluyen baja autoestima, miedo, depresión y eventos traumáticos que ocurrieron en la niñez o la adolescencia. La epidemia mundial de obesidad ahora afecta a toda la población en su conjunto. Dado que la dieta es la principal herramienta que se puede utilizar, el personal de enfermería debe hacer todo lo que esté a su alcance para tratar a los pacientes bariátricos con respeto.

2 Objetivos

Describir las diversas formas de obesidad y los factores asociados.
Resaltar el papel del personal de enfermería en el cuidado de pacientes con obesidad.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Las tres principales bases de datos, PubMed, Medline y Scielo, han sido registradas a fondo los libros, y los artículos también han sido revisados allí.

4 Resultados

Existen tres tipos de obesidad, que son los siguientes, dependiendo de cómo se distribuya la grasa y dónde se encuentre:

- 1- Obesidad generalizada o mixta: en esta condición, la acumulación de grasa en el cuerpo se distribuye uniformemente. Aunque puede ocurrirle a los adultos, es más común en los niños.
- 2- Obesidad androide: principalmente presente en la parte superior e interior, es el tronco ventral. Está relacionado con una mayor acumulación de ácidos grasos libres en el hígado, lo que reduce la sensibilidad a la insulina en el hígado y promueve el desarrollo del síndrome metabólico.
- 3- Obesidad ginecoide: en la que existe una sobreabundancia de grasa subcutánea, principalmente en caderas y muslos.

La obesidad se ve afectada por una serie de variables, que incluyen:

- El medio ambiente, que afecta la forma en que las personas viven sus vidas en términos de estilo y calidad al brindarles acceso a alimentos y nutrientes en entornos propicios para la actividad física y la interacción social.
 - La imposibilidad de preparar y consumir alimentos tres veces al día para el desayuno, el almuerzo y la merienda ha contribuido a un cambio nutricional, lo que ha llevado a un aumento de la obesidad en la población general.
- Los siguientes tres procedimientos están disponibles para pacientes con sobrepeso u obesos:
- Bypass gástrico: Los pacientes con obesidad extrema se someten con frecuencia a este procedimiento para adelgazar.
 - Mini bypass: Se ha desarrollado este procedimiento quirúrgico, también conocido como bypass gástrico de anastomosis única o mini bypass gástrico.
 - Gastrectomía en manga: originalmente desarrollado como la primera etapa de la derivación biliopancreática con cruce duodenal, este tratamiento restrictivo para la obesidad mórbida tiene como objetivo reducir el peso inicial y el riesgo de mortalidad. En la última operación.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día, la obesidad es un problema generalizado que afecta a todas las personas, independientemente de su edad, incluidos niños, adolescentes y adultos. Los tres factores más comunes que contribuyen a la obesidad son una mala alimentación, un estilo de vida sedentario y problemas genéticos.

Dado que la dieta es la principal herramienta que se puede utilizar, el personal de enfermería debe hacer todo lo que esté a su alcance para tratar a los pacientes bariátricos con respeto.

El paciente obeso que se somete a una cirugía bariátrica generalmente ha probado una variedad de dietas prescritas por el médico y el personal de enfermería y llega con la creencia errónea de que el procedimiento es el último recurso.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com

Capítulo 23

DESNUTRICIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS Y LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

DANIEL LOPEZ REY FORTUNA

GONZALO MARTINEZ MARTINEZ

RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO

JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ

JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA

1 Introducción

En la actualidad muchos ancianos viven en soledad, con lo cual los cuidados y la alimentación en muchas ocasiones se pierden por dejadez de este paciente ante la situación en la que se encuentran. Se ha comprobado que la desnutrición en ancianos ha aumentado considerablemente. Aunque no siempre sucede, pues en otras ocasiones la familia, hijos están ayudando a estos para evitar que el anciano tenga una desnutrición o descuido.

Se puede considerar anciano a partir de los 65 años en adelante, pues aquí entra en juego una serie de patologías que también pueden favorecer la desnutrición en este. También podemos hablar del paciente frágil denominado anciano, este presenta una disminución en reflejos, por ello se vuelve vulnerable a episodios o etapas de salud en la que puede haber ingresos hospitalarios, caídas, etc.

Se puede definir la desnutrición, es la alteración de la composición corporal por privación absoluta o relativa de nutrientes que produce la disminución de los parámetros nutricionales como la pérdida involuntaria de peso, disminución del IMC, hipoalbuminemia e hipocolesterolemia y la disminución de la ingesta. Todo esto genera no solo a nivel metabólico, sino que en el anciano debutan más enfermedades o complicaciones de las que ya tiene.

2 Objetivos

- Describir las causas posibles de desnutrición en ancianos e identificación básica para administración de cuidados básicos a estos por enfermería.

3 Metodología

Se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre los cuidados básicos o específicos debe de realizar enfermería a estos pacientes.

Palabras clave: enfermedad, desnutrición, salud, formación.

4 Resultados

En nuestra revisión se ha querido incluir artículos que nos indican que puede identificar enfermería para realizar los cuidados al anciano y evitar la desnutrición de este.

La enfermería debe conocer que muchas de las posibles causas de desnutrición entre muchas pueden ser.

- Los Problemas de masticación debido a la falta de dientes o pérdida de fuerza muscular oral. Patologías neurológicas como Parkinson, Alzheimer presenta disfagia e imposibilidad de tragar.
- Debido a polifarmacológica pueden aparecer molestias digestivas. Por ello el anciano decide no alimentarse o realizarlo inadecuadamente.
- enfermería también puede encontrar en domicilios deficiencias sociales, como dificultad para comprar o cocinar. Es decir, dificultades económicas y pocos ingresos familiares.

- En ocasiones, la enfermera conocerá que la desnutrición también puede aparecer en Los diferentes trastornos psicológicos, como los sentimientos de desesperanza debido a la soledad y la depresión, pueden provocar anorexia y apatía manifiestas.
- También existe la desnutrición por Falta de apetito o desinterés por la comida. Con todo esto, la enfermera diseñará y realizará un seguimiento tras pautar un plan, seguir un nutricional individualizado de atención de la salud al anciano. En casos como dificultades económicas se pondrá en contacto con trabajadores sociales para la tramitación de algún salario para que este paciente pueda realizar la ingesta necesaria y las actividades básicas de la vida diaria del anciano. Seguimiento y reevaluación.

También enfermera se puede ayudar de algunos métodos de detección, como MUST, están disponibles para todas las edades, mientras que otros, como MNA, solo están disponibles para personas mayores de 65 años.

Con todo, este conjunto evitará en muchas ocasiones la desnutrición y ayudará a realizar la alimentación, cuidados y apoyo emocional, empatía del paciente anciano de la mejor manera posible.

5 Discusión-Conclusión

El anciano es una persona frágil, débil como se ha comentado, por ello es vulnerable a enfermedades y complicaciones que suponen ingresos hospitalarios, o institucionalización del anciano.

Para esto enfermería conoce todas las posibles causas de esta desnutrición en conjunto con trabajadores sociales, que podrán tramitar ayudas económicas. Enfermera será la responsable de cuidar estos ancianos y evitar una desnutrición con una evaluación continua y seguimiento diario. En casos graves podrá ayudar al anciano a buscar soluciones a sus problemas de nutrición. Enfermera se apoyará en los seguimientos de escalas o métodos de detección de riesgo de desnutrición como el MUST.

6 Bibliografía

- García Peris P. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en el anciano. Med Interna [Internet] 2004; 21:261-2.
- Caballero JC, Rivero. JB. Manual de atención al anciano desnutrido [Internet]. Grupo de Trabajo de Atención Primaria, perteneciente a la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Madrid; 2011.

Capítulo 24

ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE PORTADOR DE UNA UROSTOMÍA TIPO BRICKER. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

CARMEN MUÑOZ GUZMÁN

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN

MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ

ESTER GARCÍA CEBRIÁN

1 Introducción

En el presente capítulo realizaremos una revisión bibliográfica sobre los cuidados de enfermería que se deben realizar a un paciente portador de urostomía, en concreto la de tipo Bricker. Una urostomía es una derivación urinaria al exterior saltándonos el trayecto normal de la orina. En este caso, la urostomía tipo Bricker consiste en abocar los uréteres a una porción intestinal de íleon previamente aislada, que posteriormente se exterioriza a la pared abdominal, creando así la ureteroileostomía. Este tipo de intervención se lleva a cabo cuando existe algún problema de salud que causa graves problemas en la vejiga, como pueden

ser vejiga neurógena, neoplasias, uropatías obstructivas, traumatismos, malformaciones congénitas, entre otras. De entre todas ellas, la más frecuente es la neoplasia de vejiga, pero la supervivencia que presenta también es elevada debido a que se trata de un proceso oncológico con altas tasas de curación. Cabe mencionar que el cáncer de vejiga es el cuarto más frecuente en varones, situándose detrás del de pulmón, el de próstata y el de colon. Es por ello que el diagnóstico precoz es un método eficaz para combatir esta patología. El principal signo de alerta es la hematuria asintomática en el paciente y el diagnóstico se lleva a cabo con una serie de pruebas diagnósticas como son citología urinaria, ecografía y endoscopia, entre otras.

Este tipo de intervención conlleva un aprendizaje para el autocuidado del paciente, ya que al exteriorizar heces y orina al abdomen, el paciente debe conocer cuáles son los cuidados de la piel estomal y periestomal así como apoyo psicológico por el cambio en la imagen corporal del paciente que supone.

2 Objetivos

Dar a conocer e indicar los cuidados de enfermería a pacientes portadores de urostomía tipo Bricker en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre los aspectos más importantes en los cuidados de enfermería en pacientes con ureteroileostomía tipo Bricker. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Dialnet, Google académico y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es elevada la incidencia del cáncer de vejiga, pero ante esta mala noticia, a los pacientes se les informa de una posibilidad de tratamiento que consiste en la cistectomía radical. Al realizarla, el paciente necesita que la orina sea recanalizada a otra zona anatómica, ya que la vejiga deja de existir como almacén urinario. En estos casos, se deriva la orina mediante estoma a la pared abdominal. A partir de aquí, los pacientes presentan reacciones muy variadas que pueden ir desde la

aceptación de su nueva situación de salud con la consiguiente colaboración en el proceso asistencias, hasta el rechazo, depresión y adopción de actitudes negativas y dejadez en los autocuidados. Es aquí cuando el papel de la enfermería se hace fundamental para el paciente, ya que el equipo de enfermería le transmite la información que necesita y le ayuda en los inicios de su autocuidado. También en la esfera psicológica está presente el personal de enfermería, ya que ser portador de un estoma conlleva un cambio importante en la imagen corporal y a veces es difícil de afrontar por el paciente. La enfermería le ayudará a reducir su grado de ansiedad y estrés mediante mensajes positivos, ayuda en el día a día del paciente, informándole de los cambios y de las alternativas en el cuidado e incluso con el desarrollo de técnicas de relajación. Los cuidados de enfermería se extienden en diferentes momentos del proceso del paciente: cuando es diagnosticado y se le explican las alternativas y en qué consisten, cuando en planta de hospitalización va a someterse a la intervención (preoperatorio) y cuando regresa de ella (postoperatorio) hasta el momento del alta, así como en atención primaria, ya que es el profesional de referencia para ayuda en el cuidado antes las dudas y problemas que al paciente le puedan surgir. Es por ello que es necesario que existan planes de cuidados de enfermería para pacientes portadores de una urostomía, así como un estoma de cualquier tipo.

5 Discusión-Conclusión

El paciente que es portador de un estoma sufre un fuerte impacto de su imagen corporal, lo que le puede provocar trastornos a nivel físico, social y psicológico. El personal de enfermería juega un papel importante aquí, ya que servirá de apoyo al paciente en el preoperatorio, en el postoperatorio, así como en el día con las dudas que le puedan ir surgiendo. Para ello, el personal de enfermería debe conocer los distintos tipos de dispositivos en el mercado, así como conocer las recomendaciones para el cuidado del estoma y la piel periestomal. Es importante que el paciente y su familia conozcan desde el principio en qué consiste esta técnica para que se vayan familiarizando con ella, así como fomentar el autocuidado del paciente ya desde el postoperatorio temprano, siendo ayudado por el personal de enfermería para que el paciente alcance el máximo grado de independencia y autonomía. La falta de apoyo e información puede conllevar problemas psicológicos y sociales en el paciente, así como elevar la frecuencia de ingresos por el desconocimiento sobre su proceso.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Oncología. Asociación Española de Urología. “Cáncer de Vejiga”. [internet] [2014] Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/salaprensa/notasprensa/2004/041004_vejiga.pdf
2. Barbado San M, Blanco Dominguez E, Blasco Belda C, Centellas Morral P, Fernández Rodríguez M , Gómez Mejías I, Jiménez Fernández V , Lliso Sempere P, LLuis Bordoll A , Sánchez de la Blanca L. “ Guía de cuidados de enfermería en pacientes ostomizados”. Coloplast Productos Médicos. [2001].
3. Pierre-Louis Lauture M, Martinez Feria L , Sánchez Álvarez A. Cuidados de enfermería en la cistectomía radical con derivación urinaria. Asociación Española de Enfermería en Urología. [online][2009]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DialnetCuidadosDeEnfermeriaEnLaCistectomiaRadicalC3021423.pdf>
4. Berrio galán G, Casanova Tardio M, Piqué Tio N, Tegido Valentí M. Cuidados de enfermería en el paciente urostomizado. Asociación Española de Enfermería en Urología. [online][2003] . Disponible en: <http://revistas-enfuro.enfuro.es/files/Enfuro133.pdf>

Capítulo 25

PACIENTE NEUROCRÍTICO Y LOS CUIDADOS POR PARTE DE ENFERMERÍA

CARMEN MUÑOZ GUZMÁN

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN

MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ

ESTER GARCÍA CEBRIÁN

1 Introducción

El número de muertes de los pacientes que han tenido un traumatismo craneoencefálico (TCE) grave ha disminuido de gran manera en los últimos años. Aun con este decaimiento, se ha seguido manteniendo el número de pacientes que quedan en estado vegetal o gravemente incapacitados.

Todo ello se debe, básicamente, a conocer mejor la fisiopatología de las lesiones neurotraumáticas y así aplicar con rapidez protocolos de neuromonitorización y su correspondiente tratamiento.

Según lo obtenido de las guías de práctica clínica, el parámetro que debemos monitorizar de forma obligatoria en estos pacientes debe ser la PIC (presión intra craneal) aunque también podemos completar la neuromonitorización con otras

variables que nos den alguna información adicional, como pueden ser la PVC, HTA, BIS, escala Glasgow, RASS, ESCID...

El cráneo es una estructura prácticamente inextensible debido al cierre de las suturas y fontanelas. Es por esto por lo que no varía su volumen, siempre es fijo. Según diversas teorías, dentro del contenido del cráneo podemos encontrar: en el parénquima cerebral (que ocupa un 80%), el líquido cefalorraquídeo (que supone un 10%) y la sangre (otro 10%). Cuando alguno de estos volúmenes se ve aumentado aumenta la presión. La presión intracraneal (PIC) es la presión que se genera dentro del cráneo y puede ser debida a varios factores (golpes, tumores, fármacos...). Se considera normal una PIC entre 10 y 20 mmHg para adultos, de 3 a 7 mmHg para niños y entre 1,5 y 6 mmHg en recién nacidos. La Hipertensión Intracraneal (HIC) es una de las principales causas de muerte y comorbilidad en aquellos individuos que están sometidos a procesos neurológicos agudos. Se puede diagnosticar HIC cuando la PIC es superior a 20 mmHg en adultos.

2 Objetivos

Identificar los cuidados que debe realizar el personal de enfermería ante un paciente neurocrítico en una unidad de cuidados intensivos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica basada en los cuidados que debe ofrecer el personal de enfermería un paciente neurocrítico ingresado en una UCI.

Para su formulación se ha buscado en bases de datos como Pubmed, SciELO, Dialnet, MedLine, Scopus y Proquest. Añadiendo diversos descriptores con los operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT”.

4 Resultados

El personal de enfermería que trabajamos en una unidad de cuidados intensivos debemos hacer un control neurológico de un paciente neurocrítico cada 20-30 min aproximadamente.

Se debe mantener una vía aérea permeable, ya sea con intubación orotraqueal (que es lo que nos vamos a encontrar en la mayoría de los pacientes) o si él mismo puede hacerlo sin necesidad de oxígeno.

Relacionado al control hemodinámico hay que vigilar las constantes vitales como son la tensión arterial, la saturación de oxígeno, el ritmo cardiaco, temperatura corporal (ya que la fiebre aumenta el volumen sanguíneo cerebral) y glucemia capilar. El paciente estará conectado constantemente a un monitor que nos mostrará los datos de sus constantes y nos indicará mediante una alarma si algo no va bien o sobrepasa los límites (tanto superiores como inferiores).

Se debe intentar mantener una presión arterial media (PAM) suficiente, en torno a 90, para conseguir una presión de perfusión cerebral (PPC) adecuada. La cabeza debe estar en una posición neutra elevada a 30-45° y monitorizar la PIC.

Encontramos tres formas de medir la presión intracraneal:

1. Se monitoriza mediante un catéter intraventricular (que se inserta en quirófano). Se hace un orificio en el cráneo y se introduce el catéter hasta en ventrículo lateral. Este lleva un sensor para monitorear la presión alrededor del cerebro. El dispositivo envía todos los datos y mediciones a un monitor que es donde se registra.
2. Mediante un tornillo subdural: que se realiza cuando es de extrema urgencia y se necesita un monitoreo inmediato. También se introduce el tornillo a través de un orificio en el cráneo y se coloca en la duramadre. A partir de ahí ya se pueden registrar las medidas.
3. Mediante un sensor epidural: que se coloca entre el cráneo y el tejido de la duramadre. Es menos agresivo que los procedimientos previos, pero en este no podríamos evacuar el líquido cefalorraquídeo sobrante, en cambio, en los otros dos mencionados anteriormente sí.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que en personal de enfermería tiene un papel fundamental para evitar complicaciones en un paciente neurocrítico ingresado en una unidad de cuidados intensivos.

Tanto que debe de estar constantemente vigilando sus constantes vitales y sus monitorizaciones externas como son la PIC y la HIC. Todo ello debe ser reflejado manualmente en una gráfica individual en cada paciente y hacer mediciones horarias.

También el personal de enfermería es el responsable de avisar al médico correspondiente si observa cualquier anomalía o cosa extraña en el paciente, lo que puede llevar a evitar futuras complicaciones si se trata a tiempo.

6 Bibliografía

1. Poca, M. A.: Monitorización de la hemodinámica cerebral en los traumatismos craneoencefálicos graves a partir de las diferencias arterio-yugulares de oxígeno. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. 2021. Tesis Doctoral.
2. Abdo, C.A., Figueredo, M.J., Castellanos, G.R., et al.: Monitorización de la saturación yugular de oxígeno y la isquemia cerebral en el paciente neurocrítico. Rev Neurol 2011; 33: 511-513.
3. Sahuquillo, J., Castaño, C., Vilalta, J., et al.: Reactividad vascular cerebral al CO₂ en la fase aguda de los traumatismos craneoencefálicos severos. Estudio preliminar de 20 casos. Neurocirugía 1991; 1: 261-268

Capítulo 26

PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA ALIVIAR EL DOLOR

CARMEN MUÑOZ GUZMÁN

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN

MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ

ESTER GARCÍA CEBRIÁN

1 Introducción

El cáncer es una de las principales causas de muerte en la edad pediátrica. En su mayoría, esta enfermedad lleva asociado un elevado nivel de dolor. Así, el/la profesional de enfermería, desempeña un papel destacado en relación con el abordaje.

El dolor es una de las características principales que tienen muchos pacientes oncológicos tanto durante su estancia hospitalaria como en su residencia habitual. Los niños especialmente tienen unas características fisiológicas y psicológicas diferentes a la de los adultos, y si a esto le sumamos un duro proceso oncológico en el que son sometidos a diversas experiencias dolorosas durante su diagnóstico y tratamiento, se hace de vital importancia un adecuado manejo del dolor.

El dolor es una experiencia complicada y subjetiva que se percibe de formas muy diferentes en cada individuo.

Encontramos factores que pueden influir en su percepción en mayor o menor medida, como pueden ser los: factores biológicos, psicológicos y sociales. Entre estos factores mencionados, podemos destacar: la edad, el sexo, el desarrollo cognitivo, la cultura y el aprendizaje, las experiencias previas que hayan tenido frente al dolor y el temperamento.

Todo ello explica como cada individuo tiene una percepción diferente en sensibilidad y tolerancia al dolor. Aunque el mecanismo por el cual se producen estas diferencias entre individuos no se conoce exactamente,

Una mejor comprensión de la relación de estos factores con el dolor ayudaría a los sanitarios a tratar a los pacientes pediátricos con dolor oncológico de una forma más eficaz.

2 Objetivos

Identificar el papel que tiene el personal de enfermería en el manejo y percepción del dolor en el paciente oncológico pediátrico y las medidas que serían necesarias incluir para un correcto manejo del dolor (ya sean farmacológicas, físicas o psicológicas).

3 Metodología

Para la realización del estudio, se hizo una revisión sistemática usando las bases de datos Pubmed, Cochrane Library y Web of Science. Se tuvieron en cuenta 10 artículos publicados en los últimos 4 años, según criterios de inclusión y exclusión fijados anteriormente.

4 Resultados

Tras el análisis de varios estudios, se puede deducir que, los enfermeros desempeñarían una función importante en cuanto al abordaje del dolor en el paciente oncológico pediátrico, ya sea por el causado como consecuencia de la existencia del tumor o por los distintos tratamientos que este conlleva, como la quimioterapia, radioterapia o cirugías.

Como ya hemos mencionado, tiene una etiología multifactorial, por lo que hay que emplear diferentes estrategias para su manejo. Debemos hacer un enfoque

integral como parte de su tratamiento.

Podemos abordar el dolor oncológico de dos maneras, con métodos farmacológicos o con no farmacológicos.

En cuanto al manejo farmacológico, a pesar de que enfermería no prescribe fármacos, sí es responsable de su administración e identificación de posibles efectos adversos relacionados; lo cual, podría tener una alta repercusión sobre la calidad de vida del paciente. En el manejo de dolor con fármacos, las bases del tratamiento se apoyan mucho según la escala de analgesia de la OMS. Está demostrado que la aplicación de estas pautas es eficaz para su control.

Por otro lado, a la hora de paliar el dolor mediante técnicas no farmacológicas, el personal de enfermería dispone de un mayor campo de actuación como profesional autónomo. Por ello, resultaría indispensable e importante que estos profesionales tengan y pongan en práctica los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo un correcto manejo del dolor.

Dentro de estas destrezas y/o factores que afectarían a una atención de calidad, destacarían la capacidad de ser un apoyo para el paciente, el correcto manejo de los síntomas o la habilidad de educación al alta.

Todas estas terapias no farmacológicas serían consideradas como medicina complementaria o alternativa. También deben ser adaptadas según las necesidades y la edad de cada niño.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de enfermería deben de estar muy implicados con las necesidades que requiere un paciente oncológico pediátrico. Sería importante y de gran ayuda que estos conocieran e implementaran los diferentes tipos de manejo del dolor para poder proporcionar una atención de calidad hacia estos pacientes.

Se concluye que la percepción del dolor oncológico en pediatría tiene un componente multifactorial en el cual puede influir el sexo, la raza, la edad, el tipo de enfermedad, la tolerancia al dolor, etc.

Como complemento, los sanitarios deben conocer y proporcionar unas medidas farmacológicas y no farmacológicas adecuadas y correspondientes en cada momento, ya que son muy importantes para el abordaje integral del dolor.

6 Bibliografía

1. Muralidharan A and Smith MT. Dolor, analgesia y genética. Journal of Pharmacy and Pharmacology. 2011;63(11):1387-1400.

2. Schechter NL, Berstein BA, Beck A, Hart L y Scherzer L. Diferencias individuales en la respuesta de los niños al dolor: Papel del temperamento y características de los padres. *Pediatría*. 2011;87(2):171-7.
3. Conner-Warren RL. Intensidad del dolor y manejo del dolor en el hogar de niños con enfermedad oncológica. *Cuestiones de Enfermería Pediátrica Integral*. 2016;19(3):183-95

Capítulo 27

CAMBIOS FÍSICOS DE LAS MUJERES DURANTE EL CLIMATERIO

PATRICIA GARCÍA OVIEDO

1 Introducción

La longevidad del ser humano aumenta progresivamente a medida que avanzan las generaciones, incluyendo la longevidad de las mujeres. Se estima que en 2050 la población de mujeres de 50 años o mayores será de 1.6 mil millones, aproximadamente mil millones más que en 2020. La edad media en la que se produce la menopausia de forma natural se produce a los 48.7 años. Este hecho trasciende en la vida de la mujer: marca el final de su capacidad reproductiva y sus consecuencias son notorias en todas las dimensiones, siendo una de ellas la vida sexual y reproductiva. la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la sexualidad como “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida que abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales [...] y está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”. De forma distinta, hay que tener en cuenta que la sexualidad no equivale a salud sexual, pues la salud sexual, definida por la OMS, se refiere a “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad”. Por tanto, mientras que la sexualidad es un aspecto cultural que determina la forma de vivir el mundo sexual influido por diversos factores externos y como un elemento subyacente de importantes comportamientos y resultados relativos

a la salud sexual, la salud sexual es el estado integral de bienestar que determina así mismo la sexualidad.

Es necesario diferenciar menopausia y climaterio para evitar confusiones con estos dos términos. Se entiende el climaterio como un periodo de aproximadamente 15 años entre los 40 y 50 años, en el que la mujer experimenta una serie de cambios fisiológicos y hormonales que tienen como fin el cese de la fertilidad y la actividad reproductiva, afectando a la esfera social, psíquica y sexual de la mujer. En cambio, la menopausia se define como el cese definitivo de la menstruación durante un periodo mayor a 1 año de forma natural que ocurre durante el climaterio.

2 Objetivos

Describir las características de la sexualidad de las mujeres durante el climaterio, así como conocer los principales cambios físicos que experimentan en esta etapa vital.

3 Metodología

Para la elaboración se ha realizado una revisión bibliográfica mediante la búsqueda de palabras clave como “mujeres” “climaterio” “enfermería” “sexualidad” “salud sexual” a través de Internet en las principales fuentes bibliográficas como Pubmed o Scielo, así como en la página oficial de la OMS.

Se seleccionaron aquellas publicaciones pertenecientes a los últimos 10 años de las se pudiese obtener el documento de texto completo gratuito.

4 Resultados

La salud sexual femenina está declarado como un derecho básico de la salud de las mujeres. La realidad es que muchas mujeres, cuando empiezan la etapa climática, comienzan a experimentar una disminución del interés relacionado con el sexo. No obstante, para muchas de las mujeres de mediana edad, el sexo se mantiene como un componente moderado o, incluso, fundamental en su vida. La salud sexual de las mujeres se ve perjudicada según transcurre la etapa climática, causando un gran impacto en su calidad de vida. Cuatro de cada cinco mujeres experimentan síntomas psicológicos o físicos durante el climaterio, con

diversos grados de gravedad y alteración en sus vidas. Esto se ve reflejado a través de múltiples efectos en su estado emocional y psicológico.

La transición hacia la menopausia es un período caracterizado por cambios hormonales, fisiológicos y sociales; el cual, muchas veces se asocia con disfunción sexual. Esta disfunción sexual es causa de factores predisponentes, precipitantes y que se mantienen en el tiempo; pudiendo ser originada por razones biológicas, psicológicas o, incluso, por razones socioculturales.

Además de la sintomatología, en esta problemática juega un papel importante la disminución de los esteroides sexuales: los estrógenos y andrógenos, que afectan de manera perjudicial a la elasticidad de la mucosa vaginal y las secreciones vaginales, obteniendo como resultado la atrofia vaginal y el dolor con las relaciones sexuales.

Algunos de los cambios fisiológicos más importantes que va experimentando la mujer, según va envejeciendo, adentrándose en la etapa menopáusica son:

- Cambios en el ovario y endometrio: en el ovario los folículos ováricos se dividen más rápidamente, hasta su cese. El endometrio está expuesto a la actuación de los estrógenos, sin la acción de la progesterona, originando cambios proliferativos de manera desordenada y menstruaciones irregulares.

- Se produce una disminución de la protección cardiovascular, además de un aumento de peso y cambios en la distribución de la grasa corporal. Tras la menopausia, se duplica el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular debido a la disminución estrogénica. Además, al reducirse el metabolismo, suele incrementarse el peso de las mujeres.

- Cambios en el ámbito psicosocial, pudiendo dar lugar a depresión y otros cambios emocionales, como la disminución de la concentración o alteraciones de la memoria. Todo ello motiva la aparición de labilidad afectiva.

Estas alteraciones se acompañan de una sintomatología, pudiendo influir en la vida sexual de las mujeres:

- Síntomas urogenitales, como la disuria, urgencia miccional, infecciones urinarias recurrentes, etc. debido a la disminución estrogénica. Además, se produce acortamiento uretral debido a modificaciones atróficas, originando la incontinencia urinaria y aumentando el riesgo de prolapsos en el suelo pélvico.

- Dispareunia y disfunción sexual: afecta a alrededor de un 25% de las mujeres; causando sequedad vaginal y atrofia de la mucosa, debido a la disminución de las hormonas ováricas.

- Cambios en la libido que provocan una reducción del deseo sexual.

Además de todos estos síntomas, muchas mujeres se ven afectadas por el síndrome genitourinario. Se trata de una condición de carácter crónico y progre-

sivo que produce tanto alteraciones fisiológicas, como anatómicas; afectando a los labios mayores y menores, el introito y vestíbulo, el clítoris, vagina y tejidos de tracto urinario inferior, causado por el descenso de la carga hormonal sexual.

5 Discusión-Conclusión

Las mujeres climatéricas experimentan numerosos cambios durante esta etapa vital, estando presentes tanto cambios físicos como psicológicos. Se ha visto reflejado que la mayoría de estos cambios vienen dados por la fluctuación o disminución de las principales hormonas gonadales, siendo estas los estrógenos y los andrógenos.

En un gran número de casos, las consecuencias psicológicas vienen dadas a raíz de los cambios fisiológicos que experimentan las mujeres. Por ello se hace necesario conocer estas variaciones en su salud para poder entender los cambios que sufren y encontrar la mejor manera de abordarlos y proporcionarles los cuidados necesarios, principalmente desde el papel de la Enfermería.

6 Bibliografía

1. Zhang GQ, Chen JL, Luo Y, Mathur MB, Anagnostis P, Nurmatov U et al. Menopausal hormone therapy and women's health: An umbrella review. PLoS Med [Internet]. 2021; 2;18(8): e1003731. [citado el 23 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003731>
2. Salud Sexual. WHO [Internet]. 2010 [citado el 23 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_
3. Scavello I, Maseroli E, Di Stasi V, Vignozzi L. Sexual Health in Menopause. Medicina (Kaunas) [Internet]. 2019; 2;55(9):559. [citado el 26 de noviembre de 2022]. doi: 10.3390/medicina55090559
4. Thornton K, Neal-Perry G. Menopause and Sexuality. Endocrinology and Metabolism Clinics of North America [Internet]. Septiembre de 2015; 44(3):649-53. [citado el 1 de diciembre de 2022]. Doi: 10.1016/j.ecl.2015.05.009
5. R. García C, W. Freeman E. Inicio de la transición a la menopausia: los primeros signos y síntomas. Clínica Obstétrica y Ginecología de América del Norte [Internet]. 2018; 45(4):585-592 [citado 1 de diciembre de 2022]. doi: 10.1016/j.ogc.2018.07.002
6. Arely-Hernández R. Menopausia (Menopause) [Internet]. Diciembre de 2017; 2(12):7-8. [citado el 26 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.>

medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms1712b.pdf

7. Thomas HN, Hamm M, Hess R, Thurston RC. Changes in sexual function among midlife women: "I'm older... and I'm wiser". *Menopause* [Internet]. 2018; 25(3):286-292. doi: 10.1097/GME.0000000000000988.

Capítulo 28

CAMBIOS PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA SALUD SEXUAL DE LAS MUJERES DURANTE EL CLIMATERIO

PATRICIA GARCÍA OVIEDO

1 Introducción

El número de mujeres en la etapa climatérica aumenta de manera generacional debido al aumento de longevidad de la población.

El climaterio se define como una etapa que dura 15 años entre los 40 y 50 años, en el que la mujer experimenta una serie de cambios fisiológicos y hormonales que tienen como fin el cese de la fertilidad y la actividad reproductiva, afectando física, psicológica, social y sexualmente a la mujer.

Este periodo se acompaña de un conjunto sintomático característico causado por un desajuste hormonal, cuyas consecuencias oscilan desde síntomas vasomotores, pasando por cambios emocionales, hasta osteoporosis. Esta serie de afectaciones, que es sufrida por un 75% de las mujeres perimenopáusicas, puede prolongarse hasta más de una década.

Por otro lado, la sexualidad es un aspecto cultural que determina la manera de vivir el mundo sexual influido por numerosos factores externos y como un elemento subyacente de importantes comportamientos y resultados relativos a la salud sexual, la salud sexual es el estado integral de bienestar que determina así mismo la sexualidad.

Todos estos síntomas característicos del climaterio que sufren las mujeres tienen un innegable impacto psicológico debido a los cambios que se producen en sus

vidas y sus cuerpos. Por ello, es necesario tener los conocimientos suficientes sobre los cambios que sufren las mujeres climatéricas, tanto a nivel fisiológico como psicológico, debido a la relación que existe entre ambos.

2 Objetivos

- Describir las características de la sexualidad de las mujeres en el climaterio.
- Dar a conocer los cambios fisiológicos y psicológicos que experimentan las mujeres climatéricas en relación con su salud sexual.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos como PubMed o Scielo, así como en páginas web oficiales como la Organización Mundial de la Salud.

Para seleccionar los documentos incluidos se ha tenido en cuenta su relevancia para la investigación, así como la fecha de publicación de los artículos, siendo incluidos aquellos publicados en los últimos 10 años.

4 Resultados

La salud sexual femenina se declara como un derecho básico de la salud de las mujeres.

La realidad es que muchas mujeres, cuando empiezan la etapa climatérica, comienzan a experimentar una disminución en cuanto al interés sobre el sexo. No obstante, para muchas de las mujeres de mediana edad, el sexo se mantiene como un componente moderado o, incluso, fundamental en su vida.

Los principales cambios hormonales que se producen en esta etapa están relacionados con la fluctuación o disminución de las hormonas gonadales: estrógenos y andrógenos.

Cuatro de cada cinco mujeres experimentan síntomas psicológicos o físicos durante el climaterio, con diversos grados de gravedad y alteración en sus vidas. Estos múltiples cambios se corresponden con el envejecimiento e incremento de comorbilidades metabólicas y cardiovasculares. Asimismo, además de los síntomas vasomotores, existen otros síntomas comunes de la menopausia: cambios de humor, dificultades para dormir, cambios en el funcionamiento sexual...

Estas alteraciones se acompañan de una sintomatología, pudiendo influir en la vida sexual de las mujeres, siendo principalmente síntomas genitourinarios, dispareunia, disfunción sexual o cambios en la libido que provocan una reducción del deseo sexual.

Desde el punto de vista de las mujeres, experimentan más cambios negativos que positivos en su vida sexual durante el transcurso de la mediana edad. Los cambios negativos que inciden de manera perjudicial (descritos por las mujeres) se relacionan con la reducción de la regularidad de las relaciones sexuales, la disminución de la libido, sequedad vaginal y dificultades en el orgasmo; mostrándose en muchos casos frustradas y decepcionadas, así como temerosas de que los cambios que sufren supongan un problema en sus parejas.

Todos estos problemas físicos se relacionan con otros aspectos psicosociales como el estrés, el aumento de las obligaciones familiares y laborales, cambios en la imagen corporal, etc. Las mujeres sienten que tienen menos tiempo y más cargas, debido a la cantidad de roles sociales que tienen que ejercer: madre, esposa, hija, trabajadora... resultando casi imposible tener un momento de relajación y disfrute.

Además, existen muchos prejuicios, mitos y tabúes sobre la sexualidad de las personas mayores, incluso compartidos por profesionales que tratan con ancianos, resultando difícil expresar una idea positiva sobre la sexualidad en la vejez. Estos mitos pasan de generación en generación, desexualizando al mayor.

5 Discusión-Conclusión

Las mujeres experimentan numerosos cambios durante el climaterio, que afectan a nivel psicológico.

Tras la investigación llevada a cabo, se constata que, además de los cambios fisiológicos que experimentan sus cuerpos, se ven sometidas a diversas presiones por el hecho de ser mujeres, como las responsabilidades relacionadas en el desempeño del papel de madre, mujer, abuela...

Añadido a los cambios físicos y hormonales, se resalta el concepto de tener que lidiar con los numerosos mitos que han continuado generación tras generación sobre la sexualidad de las personas mayores, más concretamente en el sexo femenino, y que pretenden desexualizar a las mujeres climatéricas.

Todo ello afecta a nivel psicológico, produciendo miedos e inseguridades relacionadas con su sexualidad, así como otras consecuencias como el estrés o la depresión.

6 Bibliografía

1. Zhang GQ, Chen JL, Luo Y, Mathur MB, Anagnostis P, Nurmatov U et al. Menopausal hormone therapy and women's health: An umbrella review. *PLoS Med.* 2021; 2;18(8): e1003731.
2. Salud Sexual. WHO [Internet]. 2010 [citado el 23 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab>.
3. Formación de Formadores/as en Género y Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar [Internet]. 2010 [citado el 25 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/formacion/home.htm>.
4. Thomas HN, Hamm M, Hess R, Thurston RC. Changes in sexual function among midlife women: "I'm older... and I'm wiser". *Menopause.* 2018; 25(3):286-292.
5. Villarín Pastor C, Olea Fraile E. Sexualidad en la vejez. La enfermería y sexualidad en la vejez. Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería. 2016.
6. Sánchez-Izquierdo M, Hernández-García E. Climaterio y sexualidad. *EGlobal.* 2015; (40): 76 – 85.

Capítulo 29

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA SALUD SEXUAL DE MUJERES CLIMATÉRICAS

PATRICIA GARCÍA OVIEDO

1 Introducción

La longevidad de las mujeres climatéricas aumenta generacionalmente. Se estima que en 2050 la población de mujeres de 50 años o mayores será de 1.6 mil millones, aproximadamente mil millones más que en 2020. La edad media en la que se produce la menopausia de forma natural se produce a los 48,7 años.

La principal diferencia entre menopausia y climaterio radica en que el climaterio es una etapa de aproximadamente 15 años entre los 40 y los 50 años en los que las mujeres experimentan cambios fisiológicos y hormonales para poner fin a la fertilidad y actividad reproductiva. Sin embargo, la menopausia se define como el cese definitivo de manera natural de menstruación durante 1 año, que tiene lugar en el climaterio.

En el climaterio se producen numerosos cambios debido a la fluctuación o disminución de las hormonas gonadales: estrógenos y andrógenos.

Estos cambios, tienen importantes repercusiones en el organismo de la mujer, y por ende, afectan a su esfera sexual. Es por ello por lo que surge la necesidad de conocer estos cambios y las repercusiones que estos tienen en las mujeres para poder desarrollar estrategias para mejorar y fomentar la salud sexual de las mujeres en la etapa climatérica.

2 Objetivos

Diferenciar las posibles estrategias existentes para ayudar a mejorar la salud sexual de las mujeres en la etapa del climaterio.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha desarrollado una revisión bibliográfica mediante la búsqueda de palabras clave como “enfermería”, “mujer”, “climaterio” en las principales bases de datos, así como en páginas webs oficiales como la Organización Mundial de la Salud.

Se seleccionaron artículos de ámbito internacional para tener una perspectiva panorámica que ayude a generar comparaciones y conclusiones más críticas, y del mismo modo para comparar los distintos abordajes que puedan ser ventajosos en cuanto a su implementación en el actual abordaje nacional.

4 Resultados

En el climaterio se producen numerosos cambios hormonales y fisiológicos con el fin de poner cese a la fertilidad. Estos cambios están regulados por la disminución de estrógenos y andrógenos y suponen numerosas consecuencias físicas y psicológicas para las mujeres.

Además, a medida que avanzan las generaciones se van perpetrando numerosos mitos y tabúes relacionados con la sexualidad de las personas mayores, más concretamente de las mujeres, que pretenden desexualizarlas. Todo ello produce que las mujeres climatéricas tengan que hacer frente a numerosos inconvenientes impuestos por la sociedad, lo que sumado a los cambios que su organismo sufre, produce que experimenten menos su sexualidad y que la vivencien con miedo e inseguridad.

Por tanto, no se debe olvidar que la sexualidad es una dimensión que va más allá de las relaciones sexuales de la pareja y que su vivencia de forma positiva es importante en cualquier etapa vital.

Por ello, se deben mencionar antes los condicionantes principales que alteran la sexualidad en la vejez femenina:

- Estereotipos sociales: modelo sexual dominante, heterosexual, juvenil y orientado a la reproducción.
- Falta de intimidad en la pareja.
- Viudedad, falta de pareja sexual.

- Medicalización del envejecimiento y efectos adversos.
- Patologías crónicas y cambios biofisiológicos (a nivel genital y hormonal).

Estos factores no sólo van a incidir sobre la esfera sexual personal de cada mujer, sino que de la misma manera afectan a la concepción general de la sexualidad atribuida a esta etapa. A pesar de que el concepto de sexualidad y sus respectivas manifestaciones hayan comenzado a diferenciarse a partir del siglo XXI, la herencia educativa impuesta en el siglo XX sobre la concepción de la sexualidad en los mayores sigue persistiendo. Hoy en día, la sociedad sigue ignorando la faceta sexual de la persona anciana, provocando que sean ellas mismas quienes aceptan los estereotipos culturales acerca de este tema y rechacen todo tipo de manifestación afectiva, incluso reprimiendo su propio interés sexual.

Desde la educación sexual geriátrica se intenta aportar a la sexualidad una visión positiva y moderna, desde la cual se contemplen las relaciones sexuales no orientadas a la procreación, sino a la presencia de elementos relacionados con la comunicación, la afectividad, la compañía en pareja, el cariño o el contacto corporal, sin dejar de resultar placenteras.

Además, se producen cambios en la respuesta sexual femenina que pueden producir una serie de síntomas o signos que influyen negativamente en la capacidad de tener relaciones sexuales, como son la falta de deseo sexual o deseo sexual inhibido, el vaginismo, el coito doloroso en la mujer o la anorgasmia.

El tratamiento que se puede dar a estas mujeres va dirigido a mejorar la sintomatología y calidad de vida de las pacientes. Previo a cualquier tipo de tratamiento se debe informar a las mujeres de los cambios que van a experimentar, lo que entra dentro de la normalidad y lo que se sale de esta, además de los distintos tipos de tratamiento que existen. Dependiendo de la gravedad de los síntomas y de la propia respuesta de la mujer se define el tipo de tratamiento a seguir, este puede ser farmacológico y no farmacológico.

El tratamiento farmacológico más común es la Terapia Hormonal Sustitutiva (THS), consiste en la administración de estrógenos a la mujer para lograr un “equilibrio” hormonal y mejorar los signos y síntomas del climaterio. Pese a su eficacia no se utiliza por los efectos secundarios: cáncer de mama, trombosis, accidentes cerebrovasculares, etc. Es por ello por lo en los últimos años las mujeres optan antes por el tratamiento no farmacológico, intentando nuevos tratamientos con terapias alternativas y complementarias y realizando cambios en el estilo de vida, en la alimentación, con intervenciones que favorezcan la relajación y la disminución del estrés, etc.

Estudios recientes indican que lo más importante sería informar adecuadamente y formar a las mujeres, integrando a la familia y el entorno social para evitar

que vivan con estrés esta etapa vital (Gutiérrez, 2015). La mujer tiene derecho a disfrutar de una vida sexual plena y a expresar su sexualidad de forma libre sin tener miedo a ser juzgada o ridiculizada, por ello, es importante fomentar el autocuidado y empoderar a la mujer.

Las mujeres deben comprender que pese a que la menopausia sea el fin de la etapa reproductiva no significa el fin de la sexualidad. No hay que considerar esta etapa como un momento de pérdida, porque puede ser una época de despertar sexual, sin dependencia de métodos anticonceptivos y, además, liberadas del miedo al embarazo.

La disfunción sexual de esta etapa tiene un carácter multifactorial, por lo que sería necesario realizar una evaluación psicosocial, y así poder estudiar los posibles desencadenantes que afecten a la salud sexual de la mujer. Se debe valorar el grado de ansiedad y la perspectiva que tiene la mujer sobre su sexualidad, además de valorar el estilo de vida y otros posibles problemas. Para ello se debe crear un ambiente de intimidad y confianza para que la mujer se exprese con libertad y sin estar cohibida, debido a que el sexo siempre ha sido un tema tabú y a muchas personas les puede causar vergüenza. El estar en contacto con el paciente durante largos periodos de tiempo (lo que dure el tratamiento), puede favorecer este ambiente y se puede establecer una relación de confianza entre profesional y paciente aportando así soluciones que mejoren la vida sexual de la mujer.

Otra de las funciones de las enfermeras sería brindar consejo y apoyo psicoemocional a la mujer, a la familia y a la comunidad, de modo que puedan comprender los cambios fisiológicos y para promover la sexualidad sana en el climaterio.

5 Discusión-Conclusión

La sexualidad de las mujeres climatéricas está condicionada por diversos factores, tanto biológicos, psicológicos como sociales.

Las mujeres conciben el climaterio y la menopausia como etapas negativas debido a los cambios que experimentan sus cuerpos, pero también por los mitos y tabúes que existen en la sociedad.

Todo ello conlleva que tener relaciones sexuales en el climaterio sea una experiencia más compleja debido a las consecuencias físicas y psicológicas que sufren las mujeres.

Por ello, desde Enfermería debemos fomentar una visión positiva de la sexualidad en las mujeres climatéricas, demitificándola y ofreciendo diferentes alternativas a los problemas que puedan tener a la hora de mantener relaciones sexuales como puede ser el coito doloroso o la anorgasmia.

Sin embargo, en muchas ocasiones la solución a esos problemas conlleva numerosos efectos adversos, por lo que es fundamental que garanticemos que la mujer esté bien informada para que pueda tomar la decisión óptima.

6 Bibliografía

1. R. García C, W. Freeman E. Inicio de la transición a la menopausia: los primeros signos y síntomas. *Clínica Obstétrica y Ginecología de América del Norte* [Internet]. 2018; 45(4):585-592 [citado 1 de diciembre de 2022]. doi: 10.1016/j.ogc.2018.07.002.
2. Villarín Pastor C, Olea Fraile E. Sexualidad en la vejez. La enfermería y sexualidad en la vejez. Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería. 2016.
3. Especialista en salud sexual para enfermería comunitaria: formación presencial – Acalefyc [internet]. Acalefyc.com. 2020 [citado el 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.acalefyc.com/especialista-salud-sexual-enfermeria-comunitaria-formacionpresencial/>.
4. Castro-Martín EM, Jiménez-Molina MM, Real-Bernal A. Análisis de las terapias alternativas a los fármacos durante el climaterio. En: *Acercamiento multidisciplinar a la salud, volumen II*. ASUNIVEP; 2017. p. 25 – 30.
5. Sánchez-Izquierdo M, Hernández-García E. Climaterio y sexualidad. *EGlobal*. 2015; (40): 76 – 85.
6. Vázquez-González AM, Escobar-Medrano PM, Valverde-Lladós N. La sexualidad en el climaterio. *Sanum*. 2020; 4 (3): 60 – 69.
7. Tortosa-Tortosa P, López-Gutiérrez F, López-Rivas L. Abordaje de la disfunción sexual femenina en la consulta de enfermería. En: *Acercamiento multidisciplinar a la salud, volumen II*. ASUNIVEP; 2017. p. 267 – 271.
8. Socarrás-León M, Hernández-Cruz B, Oro-Fonseca Y. Sexualidad en la mujer menopáusica: una reflexión desde la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2020 [citado el 3 de diciembre de 2022]; 46 (1) Disponible en: <http://www.revGINECOBstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/706>.

Capítulo 30

MANEJO DE ENFERMERÍA EN LA EXTRACCIÓN DE SANGRE VENOSA Y ORDEN DE LLENADO DE TUBOS DE MUESTRAS SANGUÍNEAS

MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ

LORENA DIAZ LOPEZ

TAMARA PALOMINO MARTIN

MIRIAM CASARES BENITO

ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

La extracción de muestras sanguíneas es una técnica sencilla, que permite a través de la punción, generalmente de una vena del paciente, acceder al torrente sanguíneo para extraer una pequeña muestra de sangre, que será analizada en el laboratorio con fines diagnósticos.

En la actualidad, los análisis clínicos son considerados un área fundamental en el campo de la medicina, pues ofrecen información indispensable para el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades.

Es muy importante que los profesionales de enfermería conozcan a la perfección la técnica de obtención de muestras, cuáles son las especificaciones, cantidad de

muestra a recoger, tipos de tubos para su recogida y orden de llenado de los mismos.

Es fundamental que la extracción se lleve a cabo de manera correcta y segura con el fin de prevenir o evitar posibles errores.

El buen resultado de una analítica depende de muchos factores que comienzan con una adecuada determinación analítica, la correcta formulación de la petición, pasando por la conveniente preparación del paciente para la obtención de la muestra y termina cuando el resultado llega a las manos del profesional que solicitó la prueba.

El siguiente capítulo se basa principalmente en el procedimiento de obtención de muestras sanguíneas, las características principales de los envases de recogida de dichas muestras y su orden de recogida.

2 Objetivos

- Exponer el procedimiento de recogida de muestras sanguíneas.
- Conocer las características de los componentes de cada tubo de analítica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de literatura científica encontrada en las principales bases de datos especializadas como Pubmed, Medline y Scielo. Así mismo se han seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas. Y se han examinado las guías clínicas actuales de los principales hospitales de España sobre el tema tratado,

Palabras clave utilizadas: extracción, sangre, Enfermería, orden de llenado, tubos de analítica.

4 Resultados

El manejo de enfermería en la extracción de sangre venosa es esencial para garantizar una recolección segura y efectiva de la muestra. A continuación, se proporciona una guía básica de los pasos a seguir:

1. Preparación del paciente: Verificar la identidad del paciente y explicar el procedimiento. Asegurar la comodidad y relajación del paciente. Lavarse las manos y colocarse guantes desechables.

2. Preparación del equipo:

- Bandeja.
- Guantes
- Compresor o ligadura
- Algodón o gasas con antiséptico.
- Sistema Vacutainer, mariposa o jeringa
- Aguja IV
- Esparadrapo
- Tubos de recogida de muestras
- Contenedor de agujas
- Gradilla para colocación de tubos
- Petición de analítica impresa
- Etiquetas identificativas del paciente

3. Selección del sitio de venopunción: Identificar la vena más adecuada, generalmente en el brazo, mediante la palpación. Realizar una inspección visual para asegurar que la vena sea visible y accesible.

4. Preparación del sitio de venopunción: Desinfectar la zona con alcohol o clorhexidina y permitir que seque completamente. Asegurarse de no tocar la zona desinfectada después.

5. Extracción de sangre: Colocar el torniquete alrededor del brazo del paciente para ayudar a dilatar las venas. Localizar la vena y realizar la punción con la aguja en un ángulo de aproximadamente 15-30 grados y el bisel hacia arriba. Una vez se encuentre dentro de la vena y esté asegurada, conectar el primer tubo. Una vez comienza a fluir sangre, soltar el torniquete.

Todos los tubos que contengan anticoagulante deben agitarse suavemente varias veces.

6. Retirar la aguja y aplicación de presión: Tras el llenado de todos los tubos, retirar la aguja suavemente y aplica presión firme con una gasa o algodón en el sitio de la punción para detener el sangrado. Pedir al paciente que mantenga el brazo estirado y sostenido para evitar la formación de hematomas.

Retirar el material utilizado, colocándolo en el contenedor correspondiente.

Existen diferentes tipos de tubos utilizados para realizar análisis sanguíneos. La clasificación de estos tubos se basa principalmente en los aditivos que contienen y en su función específica dentro del proceso de análisis. A continuación, se relacionan los tubos comúnmente utilizados en análisis sanguíneos:

1. Tubo con citrato de sodio: Este tubo se utiliza para realizar pruebas de coagulación sanguínea, como el tiempo de protrombina (PT) y el tiempo de trombo-plastina parcial activada (TTPa). El citrato de sodio evita que la sangre coagule y permite obtener un plasma adecuado para las pruebas de coagulación.
2. Tubo con EDTA (ácido etilendiaminotetraacético): Este tubo se utiliza para análisis hematológicos completos, ya que el EDTA previene la coagulación sanguínea y preserva la integridad de los elementos celulares de la sangre, como los glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas.
3. Tubo con heparina: La heparina es un anticoagulante utilizado para pruebas que requieren plasma, como la determinación de glucosa, electrolitos y pruebas de función renal. La heparina evita la coagulación y permite obtener muestras de plasma para estos análisis.
4. Tubo con fluoruro de sodio: Este tubo se utiliza para pruebas de glucosa en sangre, ya que el fluoruro de sodio previene la fermentación y descomposición de la glucosa en la muestra, asegurando mediciones precisas.
5. Tubo con gel separador: Si se necesita una muestra para pruebas de química clínica o inmunología, utiliza un tubo con gel separador (color amarillo o dorado). Este gel ayuda a separar el suero de los elementos celulares de la sangre.
6. Tubo sin aditivos: Tubos para recogida y almacenamiento de sangre para bio-química, serología, inmunología y pruebas de varios tipos de virus.
7. Tubo con activador de coagulo: Tubo para pruebas que podría verse afectado negativamente por el gel separador utilizado en el tubo amarillo.

Es importante mencionar que existen otros tipos de tubos con aditivos específicos para diferentes pruebas y análisis sanguíneos. La elección del tubo dependerá del tipo de análisis que se requiera realizar y de las recomendaciones del laboratorio. Siempre es necesario seguir las indicaciones adecuadas para obtener resultados confiables.

En cuanto al orden de llenado de los tubos de muestras sanguíneas, se recomienda seguir el siguiente protocolo generalizado:

1. Frascos de hemocultivo
2. Tubos sin anticoagulante para análisis de suero
3. Tubos con anticoagulante citrato para pruebas de coagulación
4. Tubos con anticoagulante EDTA, heparina de litio, jeringas de gasometría, tubo

de velocidad de sedimentación.

Como norma general, se deben llenar primero los tubos con las muestras coaguladas y terminar con los que llevan anticoagulantes. Y estos últimos, deben ser llenados primero con los que contienen citrato y después los que llevan otros anticoagulantes.

Es muy importante que los tubos que contienen anticoagulante se llenen completamente hasta consumir el vacío, para mantener la proporción correcta de anticoagulante y sangre.

5 Discusión-Conclusión

Una vez revisada la bibliografía existente sobre el procedimiento para recogida de muestras sanguíneas, las características de los tubos de recogida y el orden de llenado de los mismos, podemos concluir en que la fiabilidad de los resultados de una analítica pasan por asegurar una recogida de muestras de forma adecuada y que de ello depende el conocimiento que tengamos acerca de las características concretas de los tubos y del orden en que realicemos el llenado. Por ello, y según la mayoría de fuentes consultadas, consideramos que los frascos de hemocultivo serían los primeros en llenarse en una extracción sanguínea, después los tubos sin aditivo; a continuación, los que llevan aditivo líquido como es la coagulación y la velocidad de sedimentación globular; después los que llevan aditivo sólido como la hematimetría, y por último la gasometría.

6 Bibliografía

- Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería, 3ª ed. 2001.
- Servicio Andaluz de Salud. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Laboratorio Clínico. Protocolo de extracción venosa. Manual de Calidad. 2009. Disponible en: <http://www.hospitalregionaldemalaga.es/LinkClick.aspx?fileticket=IbzhXkPHBiU%3D>
- Chico García, E. Puig Sánchez, M; A. Orden de llenado de los tubos en una extracción analítica. Revista portales médicos. Sept 2016. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/orden-de-llenado-tubos-extraccion-analitica/>
- Murcia Salud [Internet] Murcia 22 de mayo de 2019 Disponible en: <https://www.murciasalud.es/preevid/22934#>

- Encarnación Chico García, María Ángeles Puig Sánchez, María Raquel Sánchez Coca. Orden de llenado de los tubos en una extracción analítica. Portales médicos. [Internet] 2016. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/orden-de-llenado-tubos-extraccion-analitica/2/>
- Enfermería Evidente: Orden correcto de llenado de tubos de analítica sanguínea. Cantabria, 2018. Disponible en: <https://enfermeriaevidente.com/2018/11/21/orden-correcto-de-llenado-de-tubos-de-analitica-sanguinea>

Capítulo 31

EVOLUCIÓN DE LAS ITS A NIVEL MUNDIAL

ÁNGEL RAMÓN AYALA RODRIGO

1 Introducción

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), desde su aparición, ocupan los primeros lugares en materia de morbilidad y hasta la fecha se encuentran con altas incidencias a nivel mundial.

Antiguamente, las ITS se las llamaba enfermedades venéreas y se las calificaba como “Efectos colaterales del amor”, posteriormente y en la actualidad se las conoce como enfermedades de transmisión sexual.

Los primeros indicios que se tienen sobre las Infecciones de Transmisión Sexual datan desde la antigüedad, se sabe que Hipócrates podría haber descrito una de ellas a lo largo de su vida: “la sífilis”. Esta y la gonorrea son las más conocidas a lo largo de la historia, sobre todo en Europa, enfermedades que desde la Edad Media hasta hace relativamente poco han generado elevadas tasas de morbilidad y mortalidad. Se dice que la sífilis fue extendida a América y Oceanía por los diversos viajes de exploradores europeos como Cristóbal Colón. Y la gonorrea probablemente se extendió desde Tahití a Nueva Zelanda en los diversos viajes. Pero no solo son estas dos las enfermedades más importantes de las ETS, sino que hay muchas más, como son: Herpes genital, Hepatitis B, VIH/Sida y Virus del Papiloma Humano, entre muchas. En las últimas décadas, ha habido un notable crecimiento de estas infecciones, la proporción de casos está comprendida entre 15-45 años, siendo la adolescencia la más afectada, ya que son cada vez más activos sexualmente. Parte de esto ha ocurrido por la falta de conocimiento sobre este tema, y que no se hacen los suficientes esfuerzos para prevenir y controlar.

Todo lo dicho anteriormente se respalda con un estudio a nivel mundial el cual se informa que las ITS afectan a uno de cada diez jóvenes entre 15 y 24 años. A todo esto hay que destacar que las enfermedades más comunes hoy en día son: el herpes genital, la gonorrea, la sífilis, el virus del papiloma humano y la clamidia. Y uno de los virus más conocidos que va disminuyendo actualmente, el VIH.

2 Objetivos

- Conocer las diferencias de las ITS. ☒
- Determinar qué factores de riesgo influyen en las ITS. ☒
- Conocer la evolución de las ITS a nivel mundial en las últimas 3 décadas.

3 Metodología

Revisión bibliográfica mediante los buscadores Google académico, PubMed y SciELO utilizando los términos ITS, ETS, infección, sexual y mundo y el operador booleano AND.

Tras la búsqueda y revisión de los artículos encontrados se utilizaron un total de 15 artículos.

4 Resultados

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Causadas por un sinnúmero de virus, bacterias y parásitos que pueden ocasionar diferentes tipos de anomalías más o menos graves. Las Infecciones de Transmisión Sexual afectan a uno de cada 10 jóvenes de entre 15 y 24 años y a cada vez más adultos mayores de 45 años. A veces son asintomáticas y pasan desapercibidas, y al no ser tratadas pueden tener graves consecuencias a largo plazo. Además, una vez detectada una ITS hay que descartar que no haya más, ya que a menudo se asocian varias a la vez. Aunque la mayoría no suelen ser demasiado graves, si no se tratan a tiempo pueden derivar en afecciones más graves, como la infertilidad, complicaciones en el embarazo o incluso daños al recién nacido. Aunque existen diferentes patologías asociadas a las ITS, las más comunes son las siguientes:

VIH

Es la más letal de todas las que existen. Este virus destruye la capacidad del cuerpo para defenderse de las infecciones. Se transmite por el contacto con diversos fluidos corporales de personas infectadas, como la sangre, la leche materna, el semen

o las secreciones vaginales. Las señales tempranas de la enfermedad incluyen mucha fatiga y fiebre. Si bien no existe cura para el SIDA, hay tratamientos que pueden tenerlo bajo control y hacer más lento su progreso.

CLAMIDIA

Es la enfermedad bacteriológica más común y suele ir asociada a la gonorrea. En la mayoría de los casos no manifiesta síntomas. Puede infectar el cuello del útero, la uretra, el recto y, a veces, la garganta y los ojos.

- En las mujeres, los síntomas son flujo abundante, sangrado anormal entre los períodos menstruales o durante el acto sexual, dolor al tener relaciones o al orinar y en la parte baja del abdomen.
- En los hombres se manifiesta con un líquido blancuzco que sale de la uretra y dolor al orinar o en los testículos.

HERPES GENITAL

El herpes genital es causado por dos tipos de virus: herpes simple del tipo 1 y herpes simple del tipo 2. Los síntomas pueden aparecer mucho tiempo después de haber sido infectados, pero una vez que nos hemos contagiado, el virus permanece de por vida y se puede manifestar en cualquier momento. El virus produce unas úlceras alrededor de la vagina y en el pene, aunque la mayoría de las personas que tiene herpes no presenta síntomas o si los presenta son muy leves

GONORREA

Es una infección bacteriológica que puede infectar la uretra, el cuello del útero, el recto, el ano y la garganta, si se ha practicado sexo oral. El período de incubación es de 2-5 días. Los síntomas pueden ser ardor al orinar, líquido blanco o amarillo del pene, flujo vaginal amarillento e irritación o flujo del ano. Una infección de gonorrea durante un embarazo puede causar problemas graves al bebé. Hay más casos asintomáticos en mujeres que en hombres, alrededor de un 50%.

SÍFILIS

Aunque se cura fácilmente con antibióticos o penicilina, puede causar complicaciones a largo plazo o la muerte, si no se trata de manera adecuada. Es una enfermedad muy contagiosa y solo pueden transmitirla las personas infectadas de VIH. Normalmente, se desarrolla en varias fases y puede manifestarse comenzando por una llaga indolora y pasando después a un sarpullido o síntomas parecidos a los de la gripe.

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

Es la ETS más común tanto en hombres como en mujeres y es de transmisión casi exclusivamente sexual. No todas las personas que mantienen una vida sexual activa se infectan: en el 90% de los casos, el sistema inmunológico resuelve la situación. En la mayoría de los casos, el VPH desaparece por sí solo y no causa

ningún problema de salud. Puede llegar a causar cáncer de cuello de útero, vulva, vagina, ano y pene. También papiolomatosis respiratorias recurrentes (verrugas en las vías respiratorias superiores) de los recién nacidos, que se infectan durante el parto a través de la madre. Hay vacunas que pueden prevenirlo, suelen ponerse en niñas de 13-14 años. En el mundo entre 10 y 15% de mujeres de 30-35 años están infectadas y en España alrededor de un 3%.

TRICOMONIASIS

En la mayoría de los casos no llega a manifestarse. Sus principales síntomas pueden ser dolor al orinar, flujo con mal olor, picor en la vagina, líquido en la uretra. Se transmite de pene-vagina, vulva-vulva. En hombres la mayoría de veces es asintomática y en mujeres puede aumentar la susceptibilidad de contraer VIH y transmitirlo.

HEPATITIS B

Algunas personas pueden combatir la infección y eliminar el virus. En otras, la infección permanece y da lugar a una enfermedad «crónica» o de por vida. Puede causar problemas graves de salud como cirrosis, cáncer de hígado, insuficiencia hepática y muerte. Se puede transmitir por vía parenteral, sexual y transmisión vertical. Este virus permanece más tiempo que el de la hepatitis C. La mejor forma de prevenir la infección es a través de vacunas.

CANDIDIASIS

Infección causada por hongos. El 25% de las mujeres lo tienen en la boca, vagina o tracto digestivo, muchas veces sin presentar síntomas. Coloniza las zonas húmedas y calientes. El tratamiento es simple y consiste en cremas, óvulos vaginales, pastillas o una combinación de los tres. Si no se trata, generalmente se van solos, pues el cuerpo los combate de manera natural, pero en el hombre pueden provocar inflamaciones de la uretra.

PREVALENCIA E INCIDENCIA

Aun no se sabe el porqué de las causas de las ITS, ya que los sistemas de vigilancia epidemiológica son inexistentes o de escasa calidad, incluso en los países más desarrollados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que en 1999 se produjeron en el mundo 340 millones de casos nuevos de las cuatro ITS más comunes: SIFILIS *Treponema pallidum* (12 millones), GONORREA *Neisseria gonorrhoeae* (62 millones), CLAMIDIA *Chlamydia trachomatis* (92 millones) y TRICOMONIASIS *Trichomonas vaginales* (174 millones).

En el año 2012, determinó la incidencia por CLAMIDIA *Chlamydia trachomatis* (146 millones), SIFILIS *Treponema pallidum* (5 millones), GONORREA *Neisseria gonorrhoeae* (51 millones) y TRICOMONIASIS *Trichomonas vaginales* (239 mil-

lones).

Por tanto en esos 13 años de diferencia observamos que la incidencia de tricomoniasis y clamidia ha aumentado, mientras que la incidencia de sífilis y gonorrea ha bajado.

La prevalencia para las ITS víricas también permaneció alta, habiendo (291 millones) de mujeres portadoras del virus del papiloma humano (VPH) y (417 millones) infectados por el virus del herpes simple tipo 2.

En el año 2014, 36,9 millones de personas vivían con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y en el mismo año alrededor de 2 millones se infectaron con el mismo, siendo 1,2 millones de personas las que murieron de enfermedades relacionadas con el Sida.

La incidencia suele ser mayor en personas cuyo lugar de residencia son las zonas urbanas, personas solteras, y jóvenes; el riesgo de infectarse aumenta con el escaso uso del preservativo y con el mayor número de parejas sexuales.

Los datos epidemiológicos existentes en los países de la Unión Europea, muestran un descenso progresivo de las ITS hasta principios de los años 90. A partir de 1996, se produjeron aumentos en los casos de GONOCOCIA en el Reino Unido, Irlanda, Holanda y Suecia. La SIFILIS aumentó también en esta fecha en varios países del norte y oeste de Europa, afectando principalmente a personas jóvenes, hombres homosexuales, contactos heterosexuales de prostitución y usuarios de drogas. Otras ITS como son las infecciones por clamidias, herpes genital y verrugas genitales, también se han incrementado en distintos países europeos.

En el año 2008, estudios epidemiológicos, muestra que la infección por Chlamydia trachomatis, la cual afecta principalmente a mujeres jóvenes, es la infección bacteriana más frecuente en Europa. Las áreas donde más prevalencia hay de ITS son África y América; en los países subsaharianos, con un 80% de personas infectadas menores de 35 años. En Europa Oriental, la prevalencia es más baja que en Europa occidental. Y el área donde es menor dicha incidencia es Asia.

DIFERENCIAS DE LAS INFECCIONES SEGÚN EL SEXO

Las mujeres jóvenes tienen condicionantes de género que facilitan la exposición y dificultan la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo. Las jóvenes son más vulnerables a padecer ITS, a tratarse menos y a que las complicaciones y consecuencias sean más graves, porque el cervix uterino es altamente sensible en edades precoces a la infección por Chlamydia, virus del condiloma y gonococo, como se ha demostrado en estudios de prevalencia de VPH. En las mujeres, muchas ITS son frecuentemente asintomáticas o con síntomas clínicos muy sutiles y los signos clínicos son indetectables por la propia mujer por estar situados en cervix, como el VPH, o la gonococia, y en vagina, como las úlceras

luéticas, a diferencia de los varones que tienen secreciones uretrales, condilomas y úlceras visibles en sus genitales.

El contagio de las ITS y, sobre todo, del SIDA se produce más fácilmente del hombre hacia la mujer que al contrario, porque en el coito el área de superficie de exposición es mayor para la mujer y está expuesta a los agentes patógenos durante más tiempo.

MORTALIDAD

A lo largo de los años, las ITS, han sido de gran preocupación por su elevada mortalidad. Pero poco a poco con los avances en medicina y con las campañas de concienciación y prevención, han ido disminuyendo notablemente.

Aunque hoy en día son muy pocas las víctimas de las ITS, sigue siendo una gran preocupación a nivel mundial, sobretodo el VIH.

Gracias a los antirretrovirales y su rápido diagnóstico, las muertes por VIH se han reducido notablemente. Un estudio de ONUSIDA, de 2005 hasta 2013 la mortalidad se ha reducido un 35%. En 2013, fallecieron 1,5 millones de personas en todo el mundo, frente a los 2,4 millones que fallecieron en 2005.

Hay que destacar que en continentes como África y Asia, que no tienen medios suficientes, el SIDA sigue matando a un gran número de personas al año. Mientras que en América y toda Europa tiene una baja incidencia de muertes respecto a los anteriores continentes. Además de las muertes propiamente dichas por el Sida, también hay complicaciones graves y muertes por estas:

- Algunas ITS, como el herpes y la sífilis, pueden multiplicar el riesgo de contraer el VIH.
- La transmisión de la madre al niño puede dar lugar a muerte prenatal, muerte neonatal y prematuridad, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades congénitas.
- En 2012, 900 000 mujeres embarazadas contrajeron sífilis, lo que causó complicaciones en alrededor de 350 000 casos, incluidos casos de muerte prenatal.
- Anualmente, la infección del VPH provoca 528 000 casos de cáncer de cuello de útero y 266 000 defunciones.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día tenemos un amplio conocimiento de las infecciones de transmisión sexual, especialmente adquirido en las últimas décadas, pero aún nos queda mucho camino por recorrer, tanto a la hora de estudiar las distintas enfermedades como de los factores de riesgo que influyen en ellas.

Se ha determinado que la incidencia de estas infecciones es mayor en personas cuyo lugar de residencia son zonas urbanas, personas solteras y especialmente las personas jóvenes.

En las últimas tres décadas se ha observado tanto el aumento como la disminución en la incidencia y la mortalidad de diferentes ITS, variando según los distintos países y grupos de riesgo, lo que es reflejo de que todavía no conocemos por completo sus causas o sus características, por ejemplo aumentando en algunas como la clamidia y disminuyendo en otras como la gonorrea.

Sin embargo, se puede afirmar que la mortalidad de las ITS se ha visto reducida debido a los avances tanto en los tratamientos como en la prevención de dichas infecciones.

Los resultados nos muestran que la tasa prevalencia más alta de las ITS se encuentra en los países de África y América, siendo la más baja en Asia.

En cuanto al género, existe mayor tasa de prevalencia en mujeres que en hombres, por su mayor exposición y su difícil prevención, diagnóstico precoz y tratamiento efectivo.

En el pasado se afirmaba que las infecciones de transmisión sexual eran casi exclusivas de las prostitutas, los homosexuales y drogadictos, sin embargo, en la actualidad las ITS no hacen distinción a los distintos grupos, pero se pueden apreciar diversas prácticas de riesgo o factores de riesgo que condicionan a la población de riesgo, como son la promiscuidad, la falta de uso del preservativo, pincharse con agujas infectadas...

Para concluir, en cuanto al tratamiento de las ITS se puede decir que una vez padecida la infección, cada una de ellas tiene un tratamiento distinto, pero podemos afirmar que la mejor forma de combatirlas es mediante la prevención de estas, con la finalidad de no infectarse o de no transmitirlas.

6 Bibliografía

1. Vera-Gamboa., L. (1998). Historia de la sexualidad. Historia de la Medicina, (9), pp.116-121.
2. UNIDIVERSIDAD. (2017). Breve historia y descripción de las ETS. [online] Available at: <http://www.universidad.com.ar/breve-historia-y-descripcion-de-las-enfermedades-de-transmision-sexual> [Accessed 9 Dec. 2017].
3. Inegi.org.mx. (2017). Available at: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/genero/encuentro_internacional/archivos_pdf/P_URIBE.pdf [Accessed 9 Dec. 2017].

4. Organización Mundial de la Salud. (2017). Infecciones de transmisión sexual. [online] Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/> [Accessed 9 Dec. 2017].
5. Anon, (2017). [online]. Agrupación ginecológica española (AGE)
6. Díez, M. and Díaz, A. (2011). Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13, pp.58-66.
7. Enfermedades de transmisión sexual 2016-2021. (2016). OMS.
8. Andres Domingo, P. (2013). Las infecciones de transmisión sexual. *Pediatría integral*, 17(3), pp.185-196.
9. Datos estadísticos mundiales. (2014). ONUSIDA.
10. Castro Abreu, I. (2010). Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9(5).
11. Infante Tavío, N., Mendo Alcolea, N., Hernández Lin, T., Cala Calviño, L. and Samón Rodríguez IV, E. (2012). Factores de riesgo asociados a la infección vaginal por *Chlamydia trachomatis*. *MEDISAN*, 16(5).
12. Organización Mundial de la Salud. (2017). VIH/sida. [online] Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/> [Accessed 9 Dec. 2017].
13. DÍEZ, M.; DÍAZ, A. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2011, vol. 13, no 2, p. 58-66.
14. DÍAZ, M. Seguí. ¿Cuál es el mejor tratamiento de la infección urogenital por *Chlamydia trachomatis*?. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 2017, vol. 43, no 1, p. 59-60.
15. GARCÍA, Dres Susana Diana, et al. Estado actual de la gonorrea. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 2016, vol. 129, no 2.

Capítulo 32

INTERVENCIONES ENFERMERAS PARA FOMENTAR LA SALUD SEXUAL DE LAS MUJERES CLIMATÉRICAS

PATRICIA GARCÍA OVIEDO

1 Introducción

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un “estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad”. Así mismo la sexualidad hace referencia a un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida que abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual; y que está influido por factores internos y externos.

Al estudiar la situación sexual de la mujer en la actualidad, también hay que hacer mención a los derechos sexuales de las personas, que se definen desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (1994) como “derechos humanos fundamentales relativos al libre ejercicio de la sexualidad sin riesgos, al placer físico y emocional, a la libre orientación sexual, a la libre elección del número de hijos, a la protección de la maternidad, entre otros aspectos”. Los derechos sexuales y reproductivos fueron evolucionando a lo largo de las últimas décadas, y siendo reconocidos por la comunidad internacional por medio de declaraciones, convenciones y pactos de las Naciones Unidas y diferentes organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la OMS o la Unión Europea (UE). Estos, son necesarios para proteger la salud integral de las mujeres y avanzar en el desarrollo de políticas favorables para mejorar

el bienestar holístico de las mismas atendiendo, en este caso, a cuestiones sexuales y reproductivas.

2 Objetivos

Identificar las actuales intervenciones de enfermería que fomentan el apoyo a las mujeres durante el climaterio en relación a los cambios que experimentan en dicha etapa.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica mediante la búsqueda a través de Internet de palabras clave en las siguientes fuentes bibliográficas fiables; Pubmed, Scielo, Fisterra y CUIDEN.

Para la búsqueda bibliográfica se utilizaron palabras clave como “mujeres” “climaterio” “enfermería” “sexualidad” “salud sexual”. También se utilizaron términos en inglés como los siguientes: “sexual health” “climacteric” “education” “nursing” “ageing” “sexuality” “sexual behavior”.

4 Resultados

Durante el climaterio las mujeres pueden sufrir numerosos problemas que interfieren en su vida sexual, siendo los principales el vaginismo, la anorgasmia, el coito doloroso, entre otros.

El tratamiento que se puede dar a estas mujeres va dirigido a mejorar la sintomatología y calidad de vida de las pacientes. Previo a cualquier tipo de tratamiento se debe informar a las mujeres de los cambios que van a experimentar, lo que entra dentro de la normalidad y lo que se sale de esta, además de los distintos tipos de tratamiento que existen. Dependiendo de la gravedad de los síntomas y de la propia respuesta de la mujer se define el tipo de tratamiento a seguir, este puede ser farmacológico y no farmacológico.

El tratamiento farmacológico más común es la Terapia Hormonal Sustitutiva (THS), consiste en la administración de estrógenos a la mujer para lograr un “equilibrio” hormonal y mejorar los signos y síntomas del climaterio. Pese a su eficacia no se utiliza por los efectos secundarios: cáncer de mama, trombosis, accidentes cerebrovasculares, etc. Es por ello por lo en los últimos años las mujeres

optan antes por el tratamiento no farmacológico, intentando nuevos tratamientos con terapias alternativas y complementarias y realizando cambios en el estilo de vida, en la alimentación, con intervenciones que favorezcan la relajación y la disminución del estrés, etc.

Estudios recientes indican que lo más importante sería informar adecuadamente y formar a las mujeres, integrando a la familia y el entorno social para evitar que vivan con estrés esta etapa vital (Gutiérrez, 2015). La mujer tiene derecho a disfrutar de una vida sexual plena y a expresar su sexualidad de forma libre sin tener miedo a ser juzgada o ridiculizada, por ello, es importante fomentar el autocuidado y empoderar a la mujer.

Las mujeres deben comprender que pese a que la menopausia sea el fin de la etapa reproductiva no significa el fin de la sexualidad. No hay que considerar esta etapa como un momento de pérdida, porque puede ser una época de despertar sexual, sin dependencia de métodos anticonceptivos y, además, liberadas del miedo al embarazo.

La disfunción sexual de esta etapa tiene un carácter multifactorial, por lo que sería necesario realizar una evaluación psicosocial, y así poder estudiar los posibles desencadenantes que afecten a la salud sexual de la mujer. Se debe valorar el grado de ansiedad y la perspectiva que tiene la mujer sobre su sexualidad, además de valorar el estilo de vida y otros posibles problemas. Para ello se debe crear un ambiente de intimidad y confianza para que la mujer se exprese con libertad y sin estar cohibida, debido a que el sexo siempre ha sido un tema tabú y a muchas personas les puede causar vergüenza. El estar en contacto con el paciente durante largos periodos de tiempo (lo que dure el tratamiento), puede favorecer este ambiente y se puede establecer una relación de confianza entre profesional y paciente aportando así soluciones que mejoren la vida sexual de la mujer.

Otra de las funciones de las enfermeras sería brindar consejo y apoyo psicoemocional a la mujer, a la familia y a la comunidad, de modo que puedan comprender los cambios fisiológicos y para promover la sexualidad sana en el climaterio. Algunos consejos podrían ser:

- La menopausia es una etapa de ejercicio pleno de la sexualidad en su función erótica, aunque haya cesado la función procreadora de la mujer.
- Pese a la finalización de la etapa reproductiva, existen enfermedades de transmisión sexual y otros problemas. El sexo seguro es importante a cualquier edad.
- La sexualidad es inherente al ser humano, aparece con la vida y desaparece con la muerte. La edad no es una barrera para que se mantenga la actividad sexual.
- Los cambios que se producen en esta etapa son fisiológicos y normales.
- Para favorecer la actividad sexual se debe fomentar un ambiente agradable y la

preparación requiere una información verdadera, clara y asequible, que incluye sentimientos, valores y normas morales.

- La mujer menopáusica tiene el derecho a ejercer la sexualidad de forma libre para aumentar su calidad de vida.
- La mujer no debe sentirse cohibida a la hora de hablar de cuestiones relacionadas con su sexualidad.

Las intervenciones para la mujer climatérica que se incluyen desde la Cartera de Servicios de Atención Primaria son:

- Captación: se realizará anamnesis en las mujeres con amenorrea superior a seis meses o inferior a seis meses que sufran síntomas característicos (sofocos, sudoración, palpitaciones, insomnio, depresión, irritabilidad, sequedad vaginal o dispareunia).
- Valoración: debe incluir datos como antecedentes gineco - obstétricos, factores de riesgo de osteoporosis y de enfermedad coronaria, antecedentes de fractura de colles, costales o aplastamiento vertebral.
- Promoción de la salud: se les debe informar acerca de los beneficios de una alimentación saludable y ejercicio físico, además de aporte dietético de calcio y del riesgo de embarazo durante los primeros 12 meses de amenorrea.

Es importante que los profesionales de enfermería realicen técnicas de prevención y promoción de la salud a través de programas de educación y que se promueva la participación en la toma de decisiones para solucionar los problemas sexuales que acontecen en esta etapa.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de estudios han obtenido resultados favorables sobre las estrategias e intervenciones enfermeras empleadas en el tratamiento de los problemas de salud sexual de las mujeres climatéricas, como lo son los ejercicios de evaluación psicosocial, la creación de una buena relación terapéutica enfermera-paciente, los programas de promoción y educación para la salud, y el apoyo psicoemocional a la mujer, la familia y la comunidad. Además, se plantean otras alternativas también con buenos resultados, como las citaciones consecutivas con mujeres con problemas de salud sexual, abordando esta problemática de manera individual y no grupal, y creando así un espacio de confianza e intimidad que permita a la mujer expresarse libremente, sin tabús ni prejuicios; y que posibilite a la enfermera conocer la evolución de la situación para de esta manera proporcionar un mejor consejo e intervenir más adecuadamente. Es por ello que se puede probar que existe suficiente evidencia para afirmar que una buena intervención enfermera

es capaz de mejorar y fomentar la salud sexual de las mujeres climatéricas.

6 Bibliografía

1. Zhang GQ, Chen JL, Luo Y, Mathur MB, Anagnostis P, Nurmatov U et al. Menopausal hormone therapy and women's health: An umbrella review. *PLoS Med* [Internet]. 2021; 2;18(8): e1003731. [citado el 23 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003731>.
2. Salud Sexual. WHO [Internet]. 2010 [citado el 23 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab>.
3. Scavello I, Maseroli E, Di Stasi V, Vignozzi L. Sexual Health in Menopause. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2019; 2;55(9):559. [citado el 26 de noviembre de 2022]. doi: 10.3390/medicina55090559.
4. Formación de Formadores/as en Género y Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar [Internet]. 2010 [citado el 25 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/formacion/home.htm>.
5. R. García C, W. Freeman E. Inicio de la transición a la menopausia: los primeros signos y síntomas. *Clínica Obstétrica y Ginecología de América del Norte* [Internet]. 2018; 45(4):585-592 [citado 1 de diciembre de 2022]. doi: 10.1016/j.ogc.2018.07.002.
6. Thomas HN, Hamm M, Hess R, Thurston RC. Changes in sexual function among midlife women: "I'm older... and I'm wiser". *Menopause* [Internet]. 2018; 25(3):286-292. doi: 10.1097/GME.0000000000000988.
7. Especialista en salud sexual para enfermería comunitaria: formación presencial – Acalefyc [internet]. Acalefyc.com. 2020 [citado el 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.acalefyc.com/especialista-salud-sexual-enfermeria-comunitaria-formacionpresencial/>.
8. Castro-Martín EM, Jiménez-Molina MM, Real-Bernal A. Análisis de las terapias alternativas a los fármacos durante el climaterio. En: *Acercamiento multidisciplinar a la salud, volumen II. ASUNIVEP*; 2017. p. 25 – 30.
9. Vázquez-González AM, Escobar-Medrano PM, Valverde-Lladós N. La sexualidad en el climaterio. *Sanum*. 2020; 4 (3): 60 – 69.
10. Tortosa-Tortosa P, López-Gutiérrez F, López-Rivas L. Abordaje de la disfunción sexual femenina en la consulta de enfermería. En: *Acercamiento multidisciplinar a la salud, volumen II. ASUNIVEP*; 2017. p. 267 – 271.

11. Socarrás-León M, Hernández-Cruz B, Oro-Fonseca Y. Sexualidad en la mujer menopáusica: una reflexión desde la Atención Primaria de Salud. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2020 [citado el 3 de diciembre de 2022]; 46 (1) Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/706>.

Capítulo 33

MANEJO DE POSICIONES OCCÍPITO-POSTERIORES PERSISTENTES EN EL TRABAJO DE PARTO

EVA ALONSO GUADAMILLAS

MARÍA CHICANO MARTÍNEZ

ANDREA GÁLLEGO ALISES

MARIA ISABEL SOLERA ABAD

PAULA HERRÁIZ PINO

1 Introducción

La posición occípito-posterior se incluye dentro de las posibles distocias de parto. Su incidencia es del 26% en mujeres primíparas y de hasta el 57% en multíparas. Aparece, aproximadamente, hasta en el 40% de los casos al inicio del parto.

Existen diversos factores que predisponen su aparición, como son: mujeres primíparas, pelvis antropoides, baja talla materna, estilo de vida, principalmente sedentario, parto inducido, analgesia epidural, embarazos prolongados por encima de la semana 41 o macrosomía fetal.

Se puede sospechar la existencia de una posición occípito-posterior al palpar mediante tacto vaginal la fontanela mayor o bregmática cerca de la articulación

sacroilíaca materna, así como esta fontanela y la sutura sagital con sensación de cabeza fetal deflexionada. También puede intuirse cuando existe prolongación o detención del parto, sospecha de pérdida de bienestar fetal, pródromos de parto dolorosos, y localización de dolor por parte de la gestante en la zona lumbar.

Aunque la mayoría de estas posiciones occípito-posteriores rotan espontáneamente a anteriores, favoreciendo el curso del parto, el 1'8-6% no lo hace, dificultando un proceso natural y convirtiéndolo, en muchos casos, en sufrimiento para la gestante. Por todo esto, resulta necesario estudiar y explicar el proceso del parto desde una perspectiva diferente, que aborde posiciones fetales menos comunes, pero que dificultan el parto fisiológico.

2 Objetivos

- Conocer los posibles factores implicados en la aparición de la posición occípito-posterior.
- Explicar las técnicas útiles existentes para conseguir la rotación de la cabeza fetal a posiciones óptimas para el parto eutócico.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. La estrategia de búsqueda se introdujo en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane Library Plus, y Epistemonikos, desde su creación hasta julio de 2023. También se utilizó el metabuscador Google Académico. Las referencias recuperadas se trataron con el gestor bibliográfico Mendeley. No se aplicaron restricciones idiomáticas.

4 Resultados

En la mayoría de los casos la aparición de una presentación en posterior no puede asociarse a ningún factor concreto, por lo que no se puede evitar definitivamente su aparición. Por todo esto, el objetivo principal debe ser el manejo intraparto de estas malposiciones, que, si bien, no son producidas por un único factor, sí pueden dificultar el proceso de parto. Resulta prioritario la detección y el manejo de estas malposiciones por parte de los profesionales.

Tras el análisis realizado se observaron diversas posiciones que pueden favorecer la rotación de la cabeza fetal, siendo estas:

- Posición de Walcher: amplía el diámetro antero-posterior del estrecho superior hasta su máxima extensión. En ella la gestante debe estar tumbada sobre su espalda con los pies colgando fuera de la cama. De esta forma, el pubis se expande hacia arriba y el sacro, mediante la contratación, lo hace hacia atrás, provocando una apertura del diámetro antero-posterior hasta 12'5cm.
- Posición de Sims modificada: se coloca a la gestante durante 40 minutos, aproximadamente, en decúbito lateral apoyada sobre el lado del dorso fetal, doblando la pierna superior 90°. Se produce una asimetría y apertura de los diámetros pélvicos. Se puede añadir un cambio en la posición de las rodillas favoreciendo su rotación interna.
- Técnica de rebozo: utilizado desde épocas ancestrales por matronas y parteras mexicanas para aliviar el dolor de pródromos de parto mediante la relajación de la musculatura abdominal y los ligamentos pélvicos. Debe utilizarse entre contracciones con la gestante en cuadrupedia, envolviendo el abdomen materno, o en posición inversa, sobre los glúteos con los extremos en la cadera. Aunque no ha demostrado evidencia clara en publicaciones científicas, la OMS afirma que debe ser utilizada y ofrecida a las mujeres.
- Posición de cuadrupedia: beneficiosa en el dolor lumbar. Sin embargo, no muestra resultados significativos en estudios realizados para rotación en posiciones posteriores.
- Posición de cuclillas: amplía la extensión de la pelvis hasta en un 28%.

5 Discusión-Conclusión

La presentación en posterior se asocia a una mayor morbilidad materna y fetal, ya que incrementa el riesgo de distocias, supone mayor necesidad de oxitocina, más riesgo de hemorragia postparto, desgarros vaginales de III y IV grado, así como menor puntuación en el test de Apgar.

Por otro lado, la probabilidad de parto instrumental se ve aumentada entre 6 y 11 veces, junto con la de cesárea, siendo entre 4 y 6 veces mayor.

Tras el análisis de la literatura, podemos destacar que no existe una posición concreta que garantice la rotación de la cabeza fetal a una posición anterior que favorezca el parto vaginal eutócico. Sin embargo, sí se puede afirmar que la biomecánica ante e intraparto, influye de manera muy importante en éste.

Como aportación a la práctica clínica debemos aumentar las futuras investigaciones para poder mejorar la actuación durante el proceso de parto. Además, resulta necesario el consenso entre mujer y profesionales, así como la individualización de cada caso. Por tanto, la actuación recomendada deberá ser aquella en

la que profesional y mujer se sientan más tranquilos y compenetrados.

6 Bibliografía

1. Bueno-Lopez V, Fuentelsaz-Gallego C, Casellas-Caro M, Falgueras-Serrano AM, Crespo-Berros S, Silvano-Cocinero AM, et al. Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: A randomized clinical trial. *Birth*. 2018;45(4):385–92.
2. Romero Roy ME, Carrizosa Moreno Á, Francisco Jimeno J. Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: Revisión de la evidencia científica y recomendaciones. *Med Natur*. 2014;8(1):23–30.
3. Pilliod RA, Caughey AB. Fetal Malpresentation and Malposition: Diagnosis and Management. *Obstet Gynecol Clin North Am* [Internet]. 2017;44(4):631–43.
4. Brunelli E, Youssef A, Soliman EM, Del Prete B, Mahmoud MH, Fikry M, et al. The role of the angle of progression in the prediction of the outcome of occiput posterior position in the second stage of labor. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2021.
5. Lieberman E, Davidson K, Shearer E. Changes in fetal position during labor and their association with epidural analgesia. *Obstet Gynecol*. 2005;105(5):974–82. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2005/05000/Changes_in_Fetal_Position_During_Labor_and_Their.10.aspx
6. Tully G. Opening the pelvic brim with Walcher's position. *Midwifery Today Int Midwife*. 2011;(97):20–1.
7. Tully G. Posterior Perspective. *Midwifery Today Int Midwife*. 2015;(114):8–11.

Capítulo 34

LA TERAPIA COMPRESIVA COMO “GOLD STANDARD” EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS VENOSAS EN MIEMBRO INFERIOR

PAULA HERRÁIZ PINO

ANDREA GÁLLEGO ALISES

EVA ALONSO GUADAMILLAS

MARÍA CHICANO MARTÍNEZ

MARIA ISABEL SOLERA ABAD

1 Introducción

Las úlceras vasculares constituyen un grave problema de salud con una incidencia elevada en la población e importantes repercusiones económicas, sociales y sanitarias, a la vez que altera y merma la calidad de vida del paciente. Resulta de gran importancia establecer un correcto diagnóstico diferencial para instaurar un tratamiento adecuado.

La úlcera venosa se define como el estadio más avanzado de la insuficiencia venosa crónica, es decir, el resultado de una hipertensión venosa mal controlada. Se produce cuando las paredes venosas se deterioran y las válvulas no funcionan de forma correcta, lo que produce un reflujo sanguíneo que dificulta el retorno

venoso. Todo esto genera un aumento de presión venosa y capilar en la zona distal de miembros inferiores, con extravasación de proteínas y células, inflamación del tejido celular subcutáneo, edemas y, con lo consiguiente, deterioro de la integridad cutánea y aparición de úlceras.

En España, el 75-80% de las úlceras en pierna son venosas y solamente 1 de cada 6 se tratan con terapia compresiva. La terapia compresiva es el gold standard tanto de la prevención de recaídas como del tratamiento etiológico de las úlceras venosas en miembros inferiores.

A la hora de enumerar sus beneficios, podemos encontrar aumento del retorno venoso con disminución de edemas y del tiempo de cicatrización, mejoras en el nivel de dolor, en la calidad de vida y aumento de las posibilidades de realizar las actividades de la vida diaria en todas aquellas personas que se ven afectadas por este problema de salud.

El abordaje de este caso se va a realizar desde una perspectiva biopsicosocial, teniendo en cuenta el tratamiento de la úlcera venosa, la educación para la salud a la hora de llevar a cabo el control de hábitos y la pérdida de peso y, por último, la mejora del autocuidado personal y la calidad de vida del propio paciente.

2 Objetivos

- Mostrar la eficacia de la terapia compresiva mediante el vendaje multicapa con una presión de 40 mmHg como tratamiento de úlceras vasculares de etiología venosa en miembros inferiores.

3 Caso clínico

Paciente varón de 48 años sin hábitos tóxicos en la actualidad, diabético tipo II en tratamiento con antidiabéticos orales y una Hemoglobina glicosilada de 6,6. Según su índice de masa corporal muestra una obesidad grado III. No presenta hipertensión ni dislipemias.

Durante la anamnesis el paciente manifiesta una disminución de su calidad de vida y relaciones sociales debido sus heridas. En la exploración se visualizan lesiones con deterioro de la integridad cutánea en tercio distal de miembros inferiores de gran tamaño, con signos de infección, bordes delimitados, fondo granulomatoso y aumento del calor local.

Se realizó un seguimiento observacional prospectivo. En la primera valoración se realiza un índice tobillo brazo para valorar la presencia de pulsos (conservados en ambos miembros inferiores) con el objetivo de realizar un vendaje compresivo y se obtienen unos resultados de:

- ITB derecho: 0,94
- ITB izquierdo: 0,96

Se recogió un cultivo de la herida siguiendo las recomendaciones sobre la toma y se aisló *Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae* y *Staphylococcus coagulans* negativo, posteriormente se inició antibioterapia según antibiograma.

Se trató la herida en días alternos realizando limpieza con suero fisiológico y fomentos con soluciones descontaminantes, curetaje y aplicación de hidrofibra de hidrocoloide con plata junto con vendaje multicapa de 40 mmHg. En un principio las curas se realizaban en días alternos para gestionar el exudado, favorecer la adherencia del paciente a las curas y valorar la tolerancia al vendaje compresivo.

Posteriormente, las curas se espaciaron a una vez a la semana y con el transcurso de los meses se observó reducción del exudado de la herida, proliferación de tejido de granulación y aproximación de bordes. Aprovechando todas las visitas del paciente a la consulta se realizaba educación para la salud con respecto al autocuidado personal, la dieta equilibrada y el ejercicio físico.

4 Discusión-Conclusión

En este paciente podemos observar una confluencia de factores biológicos como la obesidad o la falta de autocuidados y sociales como el aislamiento social, lo que lleva a abordarlo desde una perspectiva biopsicosocial. Durante el seguimiento de las lesiones se observó una reducción importante de edemas en ambas piernas y la resolución completa de la lesión a los 14 meses de evolución, acompañado de una pérdida de peso de 45 kilos.

Gracias a los resultados el paciente se motivó a continuar instaurando hábitos de vida saludables, mejorando con ello la adherencia al tratamiento, la calidad de vida y las relaciones sociales. La consulta de enfermería es el lugar idóneo para realizar este tipo de intervenciones al paciente crónico.

El principal objetivo que se busca a la hora de llevar a cabo una terapia compresiva en una pierna es aumentar el retorno venoso y linfático. Los efectos que nos

aporta la compresión no se van limitan solamente a la reducción del edema, sino que también van a influir en la remodelación del tejido que rodea a la herida y en el propio tejido de granulación y epitelización que se está consiguiendo.

En las guías clínicas internacionales esta modalidad terapéutica muestra un nivel de evidencia de 1 y un grado de recomendación A. Este tipo de tratamiento ofrece unos índices de curación mejores que los obtenidos cuando no se realiza esta compresión. Además, nos indica que el vendaje multicapa es más efectivo que la compresión que se consigue con un vendaje de baja presión o de una sola capa.

La terapia compresiva es el gold standard de las úlceras vasculares de etiología venosa junto con el control del exudado de la lesión. Además, en este caso, se demuestra como la educación para la salud, función básica en Atención Primaria, y el abordaje biopsicosocial, favorecen la adherencia al tratamiento y la motivación por parte del paciente, mejorando así su calidad de vida.

5 Bibliografía

1. García Fernández F, Soldevilla Ágreda J, Pancorbo Hidalgo P, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodríguez Palma M, et al. Manejo local de las úlceras y heridas. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP no III. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2018.
2. Berenguer Pérez M, López-Casanova P, Sarabia Lavín R, González de la Torre H, Verdú-Soriano J. Epidemiology of venous leg ulcers in primary health care: Incidence and prevalence in a health centre—A time series study (2010-2014). *Int Wound J*. 2019 Feb 1;16(1):256–65.
3. Conde Montero E, Silvente San Nicasio C, Velázquez Tarjuelo D, De la Cueva Dobao P. La terapia compresiva tras cirugía dermatológica en la pierna. *Revista Mexicana de Dermatología*. 2019;63(2):235–6.
4. Conde Montero E, Serra Perrucho N, de la Cueva Dobao P. Principios teórico-prácticos de la terapia compresiva para el tratamiento y prevención de la úlcera venosa. *Actas Dermosifiliogr*. 2020 Dec 1;111(10):829–34.
5. Profesional F. Úlceras vasculares Factores de riesgo, clínica y prevención FARMACIA COMUNITARIA. Vol. 22. 2008.
6. Moffatt C, Thomas S, Editoriales A, Allegra C, Nelson A, Rabe E, et al. Comprendiendo la terapia compresiva [Internet]. 2003. Available from: www.ewma.org

Capítulo 35

CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A REDUCCIÓN MAMARIA POR GIGANTOMASTIA

CELIA ARROYO MOLINA

NATALIA AMATE ESCABIAS

ALBA LÓPEZ MARTIN

BLANCA HERRERO ALCAIDE

LAURA VARGAS BEAMUD

1 Introducción

La hipertrofia mamaria se define como el incremento benigno, excesivo, difuso y, en ocasiones, incapacitante del tamaño de una o ambas glándulas mamarias por encima de los límites fisiológicos, sin tener en cuenta el aumento de tamaño debido a lesiones, hemorragias, inflamación o gestación. Hay distintas clasificaciones para valorar o definir la hipertrofia mamaria. Pérez-Panzano y colaboradores definen la hipertrofia mamaria como “una masa superior al 3% de la masa corporal total” (2).

La hipertrofia mamaria es una condición relativamente común tanto en mujeres adultas como en adolescentes, siendo la adolescencia el momento en el que se

empiezan a manifestar los síntomas en el 80% de los casos.

Las mamas comienzan su crecimiento durante la pubertad, momento en el que los niveles crecientes de estrógenos estimulan el desarrollo mamario en forma de proliferación y ramificación de conductos galactóforos, así como acúmulo de tejido adiposo y conjuntivo.

No obstante, la fisiopatología de la entidad es desconocida, y se sugiere que se debe a la conjunción de múltiples factores, resultando en un proceso multifactorial en el que intervienen factores hormonales pre y postmenopáusicos, hábitos de vida y entidades como la hipertrofia mamaria virginal. Lo que sí se sabe es que no hay una elevación sérica del nivel de estrógenos o un aumento del número de sus receptores hormonales, lo que sugiere que se podría tratar de una respuesta aumentada a nivel de receptores hormonales estrogénicos.

En la hipertrofia mamaria, el tejido se caracteriza por tener una histología consistente en hiperplasia ductal y estromal.

La mama normal suele tener un peso de entre 250 y 400 gramos (g). Para clasificar la gravedad de la hipertrofia mamaria se puede utilizar la clasificación de Lalardrie y Jouglar (1973):

- Mama ideal: entre 250 y 400 gramos de masa mamaria.
- Hipertrofia mamaria leve: entre 400 y 600 gramos de masa mamaria.
- Hipertrofia mamaria moderada: entre 600 y 800 gramos de masa mamaria.
- Hipertrofia mamaria severa: entre 800 y 1000 gramos de masa mamaria.
- Gigantomastia: más de 1000 gramos de masa mamaria.

Esta entidad puede ser sintomática o asintomática.

La hipertrofia mamaria sintomática se define como un complejo sintomático abigarrado que difiere en cada paciente y se caracteriza por distintas alteraciones en la esfera física, psicológica y social.

En el área física, las mujeres con hipertrofia mamaria sufren de manera frecuente algias musculoesqueléticas tales como cervicalgia, dorsalgia y lumbalgia, ya que los músculos erectores de la columna vertebral generan hiperpresión para compensar la hiperlordosis cervical e hipercifosis torácica causada por la gran masa mamaria. Así mismo, la hiperpresión generada por el tirante del sostén provoca la aparición de surcos dolorosos biclaviculares. A su vez, Ducic y colaboradores apuntaron que casi el 90% de las mujeres con gigantomastia padecen cefaleas crónicas o migrañas. Por último, las mujeres con hipertrofia mamaria pueden sufrir, en mayor o menor medida, mastodinia, parestesias en las manos por compresión del peso de las mamas sobre el plexo braquial e intertrigo submamario. Además de los problemas físicos, la esfera psicológica se encuentra afectada en muchas de estas mujeres. Las pacientes con hipertrofia mamaria tienden a sufrir

depresión y/o ansiedad (Singh y Losken apuntan que hasta un tercio de las mujeres con hipertrofia mamaria padecen trastornos depresivos y/o ansiosos), insatisfacción con la propia imagen corporal y disminución de la autoestima o el autoconcepto.

La funcionalidad en el ámbito social también se ve alterada a causa de esta entidad. Ejemplos de estas alteraciones son: estilo de vida más sedentario, falta de autoconfianza en los eventos sociales, menor capacidad para realizar ejercicio físico y dificultades en el ámbito sexual (Singh y Losken afirman que el 80% de las mujeres que padecen hipertrofia mamaria presentan disfunciones en la esfera sexual, lo que a su vez puede generar otros problemas como ansiedad y/o depresión).

La mamoplastia de reducción es una intervención quirúrgica que se lleva a cabo para tratar la hipertrofia mamaria o gigantomastia sintomática. De acuerdo con la definición de cirugía reconstructiva realizada por la American Society of Plastic Surgeons (ASPS), la mamoplastia de reducción se considera una intervención de naturaleza reconstructiva. Esta cirugía es muy frecuente, ya que según la International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS), en 2016 se realizaron 465.665 mamoplastias de reducción en el mundo, siendo esta intervención la octava más frecuentemente realizada a nivel mundial.

La mamoplastia de reducción es una intervención que reduce el volumen y masa de las mamas mediante la extirpación del exceso de grasa, tejido glandular y piel. Los objetivos de la cirugía son: aliviar los síntomas derivados de la hipertrofia mamaria, crear una mama de apariencia natural con localización armónica del complejo areola-pezones (CAP), mantener la sensibilidad de la mama y del CAP, conservar la capacidad de lactancia y permitir la realización de futuros exámenes o pruebas mamarias exitosas con minimización de las cicatrices y complicaciones postquirúrgicas. Es una intervención segura, efectiva y duradera que ha demostrado ofrecer una vasta mejoría en la calidad de vida autorreferida de las pacientes y una disminución dramática de los síntomas derivados de la hipertrofia mamaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad”.

La calidad de vida relacionada con la salud es la percepción subjetiva de la capacidad para llevar a cabo las acciones relevantes para el individuo, e incluye variables físicas, emocionales, cognitivas, sociales, percepción de la salud y síntomas específicos de determinadas entidades o patologías. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud valora el impacto de la patología y/o el

tratamiento en el bienestar de los pacientes y es esencial para evaluar los resultados de los tratamientos médicos o quirúrgicos. La medida de la CVRS es una evaluación subjetiva realizada por el propio paciente.

2 Objetivos

- Determinar el nivel de bienestar relacionado con la sintomatología en mujeres con diagnóstico de hipertrofia mamaria benigna sometidas a tratamiento quirúrgico.
- Conocer el nivel de satisfacción global en mujeres intervenidas a reducción mamaria por gigantomastia.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se ha realizado una revisión bibliográfica en la base de datos MEDLINE mediante el motor de búsqueda PubMed sobre la literatura publicada acerca de la hipertrofia mamaria y sobre los efectos que la mamoplastia de reducción tiene en la sintomatología física, calidad de vida autorreferida y autoestima de las pacientes que se someten a ella.

4 Resultados

La hipertrofia mamaria sintomática es una entidad médica que se asocia con multitud de síntomas físicos (algias musculoesqueléticas, hipercifosis, dolor de hombros, cefalea, mastodinia, etc.), psicológicos (depresión, ansiedad, bajo nivel de autoestima) y sociales (falta de seguridad en eventos sociales, disfunción sexual, incapacidad para la realización de ejercicio físico, etc.).

A pesar de que esta patología es benigna, genera una merma muy importante en la calidad de vida relacionada con la salud autorreferida. Tanto es así, que Thoma y colaboradores afirmaron en su estudio que padecer hipertrofia mamaria sintomática o gigantomastia se asemeja a la calidad de vida que tienen pacientes con otras patologías crónicas, como angina de pecho estable o trasplante renal. Si bien se suele indicar como primera aproximación terapéutica un manejo conservador de la patología, este enfoque no ha demostrado ser eficaz. La mamoplastia de reducción es el tratamiento más efectivo para paliar los síntomas derivados de la enfermedad. Las pacientes optan por este recurso como una forma de aliviar su discomfort tanto físico como psicológico. Por tanto, la mamoplastia reductora

es más que una mera reducción del tamaño de las mamas, ya que los beneficios que genera han sido avalados por múltiples estudios.

Danilla y colaboradores llevaron a cabo en 2015 una cohorte prospectiva de 41 pacientes intervenidas de reducción mamaria para analizar el efecto de la cirugía en la calidad de vida de las pacientes, utilizando el cuestionario Breast-Q. En dicho estudio demostraron una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,00001$) entre las puntuaciones obtenidas en la versión preoperatoria del módulo de reducción y la postoperatoria. Por dominios hubo mejoría significativa ($p < 0,00001$) en todos ellos: “satisfacción con la apariencia de las mamas”, “seguridad en eventos sociales”, “vida sexual” y “síntomas físicos”. En consonancia con estos resultados, Andrade y colaboradores en 2018 mostraron que las mujeres con hipertrofia mamaria que se sometían a cirugía obtenían puntuaciones mayores y significativas ($p = 0,001$) tras la intervención en todas las subescala del Breast-Q en detrimento de las pacientes a las que no se les practicaba la mamoplastia de reducción.

Chadbourne y colaboradores revisaron la literatura existente y concluyeron que el dolor de cuello, espalda y hombros, así como la cefalea, mejora de manera estadísticamente significativa en las pacientes intervenidas. En esta misma revisión se apuntaba que la cirugía aumenta la capacidad respiratoria al mejorar el flujo pico inspiratorio y espiratorio, lo que podría aumentar la tolerancia al ejercicio físico y mejorar el sueño. Según un estudio realizado con 518 pacientes, en el 97% de las mismas la sintomatología física se resolvió por completo.

Los cambios biomecánicos por estrés que el efecto masa de las mamas genera en la columna han sido bien documentados. Estas fuerzas de estrés pueden provocar la aparición de hernias discales con la subsecuente discapacidad para las pacientes. Foreman y colaboradores estudiaron el impacto de la cirugía en la columna vertebral, afirmando que tras la intervención las fuerzas de compresión sobre la columna lumbar disminuyen un 35%, lo que sugiere que la mamoplastia de reducción disminuye el riesgo de degeneración discal en pacientes diagnosticadas de hipertrofia mamaria o gigantomastia.

No obstante, Cogliandro y colaboradores afirmaron que los resultados de la reducción mamaria están más influidos por los cambios psicosociales y emocionales que por los cambios en las dimensiones de las mamas.

Singh y colaboradores demostraron que la cirugía aumenta la confianza en las mujeres durante las relaciones sexuales. Este aumento de confianza se puede explicar, en parte, por el importante papel que juegan las mamas en la sexualidad femenina, lo que condiciona que un aumento de satisfacción con las mismas se traduzca en aumento de satisfacción sexual. Beraldo y colaboradores demostraron en un estudio de casos y controles un aumento estadísticamente sig-

nificativo tras la cirugía en los siguientes ámbitos relacionados con la sexualidad: deseo, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción.

Con respecto a la esfera psicológica, los cambios que genera la cirugía son extraordinariamente notables. Saariniemi y colaboradores apuntaron que un tercio de las mujeres que padecen hipertrofia mamaria sufren ansiedad y/o depresión. Tras realizar un estudio de casos y controles se observó que las mujeres que se habían sometido a la mamoplastia de reducción 6 meses antes tenían niveles significativamente menores de ansiedad ($p=0,04$) y depresión ($p<0,01$) que el grupo control, cuyo enfoque para paliar los síntomas derivados de la enfermedad había sido conservador. Estos resultados coinciden con los aportados por Pérez-Panzano y colaboradores en 2017, que tras analizar a 121 pacientes observaron que antes de la cirugía los niveles de ansiedad y depresión superaban los límites considerados normales según la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en 68 y 18 de las pacientes, respectivamente. Un año después de la intervención el rango de ansiedad y depresión no fue significativamente distinto al de la población general ($p<0,001$).

En términos de satisfacción global, a pesar de que la literatura varía según el estudio consultado, en términos generales es excelente. En el metaanálisis llevado a cabo por Lonie y colaboradores se afirma que la satisfacción general de las 9.716 pacientes estudiadas fue del 90,3% (intervalo 67,6- 100%). Por otro lado, el 99,2% de las mujeres que participaron en el estudio llevado a cabo por Pérez-Panzano y colaboradores respondieron “sí” a la pregunta: “está satisfecha con los resultados de la intervención?”, y el 97,5% de las mismas recomendarían la cirugía a otras mujeres que se encontraran en su misma situación.

La significativa mejoría en la calidad de vida en múltiples esferas y satisfacción con la intervención quirúrgica es permanente. Así lo afirman Cohen y colaboradores, que evaluaron estos parámetros al mes, 6 meses y 12 meses tras la mamoplastia de reducción y no encontraron diferencias significativas entre la mejoría que se había producido a los 6 meses y la presente al año de la cirugía, que era concordante con el grupo de población general de la misma edad.

5 Discusión-Conclusión

La determinación del nivel de satisfacción con el resultado estético y con la sintomatología, autoestima, imagen corporal y calidad de vida en mujeres con diagnóstico de hipertrofia mamaria benigna e indicación de tratamiento quirúrgico es el principal objetivo de este estudio. Múltiples estudios demuestran que la satisfacción global (autoestima, imagen corporal, sexualidad, calidad de vida etc.)

y con la sintomatología de las mujeres con gigantomastia intervenidas quirúrgicamente para reducción mamaria aumenta con significación estadística, lo que conlleva que esta sea una práctica muy habitual en nuestro medio, proporcionando un aumento en el bienestar tanto físico como psicológico a las mujeres sometidas a esta intervención quirúrgica.

6 Bibliografía

1. Andrade A, Corbolan DF, Veiga I, Aguiar Y, Juliano M, Sabino-Neto LM, et al. «Outcomes Analysis of Breast Reduction in Brazilian Women Using the BREAST-Q® Questionnaire: A Cross-Sectional Controlled Study. Clinics. 2018;73.
2. Pérez-Panzano E, Gascón-Catalán A, Sousa-Domínguez R, Carrera- Lasfuentes P, García-Campayo J, Güemes-Sánchez A. «Reduction Mammoplasty Improves Levels of Anxiety, Depression and Body Image Satisfaction in Patients with Symptomatic Macromastia in the Short and Long Term». Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. 2017;38(4):268–75.
3. Nuzzi LC, Firriolo JM, Pike CM, Cerrato FE, Webb ML, Faulkner HR, et al. The effect of reduction mammoplasty on quality of life in adolescents with macromastia. Pediatrics [Internet]. 2017;140(5):e20171103. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2017-1103>.
4. Nguyen JT, Palladino H, Sonnema AJ, Petty PM. «Long-Term Satisfaction of Reduction Mammoplasty for Bilateral Symptomatic Macromastia in Younger Patients. The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine. 2013;53(1):112.
5. Lozada A, Fernando A. MAMOPLASTIA REDUCTORA EN HIPERTROFIA MAMARIA CON USO DE COLGAJO LATERAL INTERNO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DURANTE EL PERIODO ENERO.
6. Cogliandro A, Barone M, Cassotta G, Tenna S, Cagli B, Persichetti P. «Patient Satisfaction and Clinical Outcomes Following 414 Breast Reductions: Application of BREAST-Q». Aesthetic Plastic Surgery. 2017;41(2):245–9.
7. Scheefer MF, Agbenorku P, Hoyte-Williams PE, Farhat B, Isak A, Goodwin WB. «Combining Breast Reduction Techniques to Treat Gigantomastia in Ghana. Plastic and Reconstructive Surgery Global Open. 2018;6(2).
8. Ivica ML, Iorio A. Chronic Headaches/Migraines: Extending Indications for Breast Reduction». Plastic and Reconstructive Surgery. 2010;125:44–9.
9. Cabral I, Garcia E, Sobrinho R, Pinto N, Juliano Y, Veiga-Filho J, et al. Use of the BREAST-QTM Survey in the Prospective Evaluation of Reduction Mammoplasty Outcomes». 42.

10. Singh KA, Losken A. «Additional Benefits of Reduction Mammoplasty: A Systematic Review of the Literature». *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2012;129(3):562–70.
11. Borkenhagen A, Röhrich F, Preiss S, Schneider W, Brähler E. «Changes in Body Image and Health-Related Quality of Life Following Breast Reduction Surgery in German Macromastia Patients: A New Tool for Measuring Body Image Changes. *Annals of Plastic Surgery*. 2007;58(4):364–70.
12. Cohen WA, Homel P, Patel NP. «Does Time Affect Patient Satisfaction and Health-Related Quality of Life After Reduction Mammoplasty? *Eplasty*. 2016;16.
13. Mangelsdorff G, Günther F, Deichler V, García-Huidobro M, Ch EE, Israel G. Teresa Pesqueira B. 2013. «Validación de un instrumento para evaluar calidad de vida asociada a hipertrofia mamaria en mujeres chilenas. *Revista médica de Chile*. 141(9):1143–9.
14. Güemes A, Pérez E, Sousa R, Gil I, Valcarreres MP, Carrera P, et al. «Quality of Life and Alleviation of Symptoms After Breast Reduction for Macromastia in Obese Patients: Is Surgery Worth It? *Aesthetic Plastic Surgery*. 2016;40(1):62–70.
15. Braig D, Eisenhardt SU, Stark GB, Penna V. «Impact of Increasing Age on Breast Reduction Surgery: A Single Centre Analysis». *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery: JPRAS*. 2016;69(4):482–6.
16. Thoma A, Sprague S, Veltri K, Duku E, Furlong W. «Methodology and Measurement Properties of Health-Related Quality of Life Instruments: A Prospective Study of Patients Undergoing Breast Reduction Surgery. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2005;3.
17. Neto M, Sabino MF, Demattê M, Freire É, Bueno Garcia M, Quaresma LM. «Self-Esteem and Functional Capacity Outcomes Following Reduction Mammoplasty. *Aesthetic Surgery Journal*. 2008;28(4):417–20.
18. Danilla E, Stefan E, Troncoso O, Marco Antonio Ríos V, Domínguez C, Selman C, et al. «¿Qué factores influyen en la satisfacción de los pacientes sometidos a reducción mamaria? Análisis de un estudio de cohorte utilizando el instrumento Breast-Q®». *Revista Chilena de Cirugía*. 2017;69(1):28–34.
19. Chadbourne EB, Zhang S, Gordon MJ, Ro EY, Ross SD, Schnur PL, et al. «Clinical Outcomes in Reduction Mammoplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis of Published Studies. *Mayo Clinic Proceedings*. 2001;76(5):503–10.
20. Foreman K, Bo LE, Dibble J, Droge R, Carson WB. «The Impact of Breast Reduction Surgery on Low-Back Compressive Forces and Function in Individuals with Macromastia. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2009;124(5):1393–9.
21. Beraldo FNM, Daniela F, Veiga J, Veiga-Filho ES, Gerusa S, Vilas- Bôas Y, et al. «Sexual Function and Depression Outcomes Among Breast Hypertrophy Patients

Undergoing Reduction Mammaplasty: A Randomized Controlled Trial. *Annals of Plastic Surgery*. 2016;76(4):379–82.

22. Saariniemi KM, Joukamaa M, Raitasalo R, Hannu O. «Breast Reduction Alleviates Depression and Anxiety and Restores Self-Esteem: A Prospective Randomised Clinical Trial. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*. 2009;43(6):320–4.

23. Lonie S, Sachs R, Shen A, Hunter-Smith DJ, Rozen WM, Seifman M. «A systematic review of patient reported outcome measures for women with macromastia who have undergone breast reduction surgery. *Gland Surgery*.

Capítulo 36

PAPEL DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

PATRICIA GARCÍA OVIEDO

1 Introducción

En España existe un claro patrón epidemiológico con dominancia del enfermo crónico. “El 49,3% de hombres y el 59,1% de mujeres de 15 y más años tienen alguna enfermedad o problema de salud crónico percibido, y estos porcentajes se incrementan a medida que aumenta la edad, siendo superiores en las mujeres para todos los grupos de edad” asegura el Instituto Nacional de Estadística (INE) según la estadística de la Encuesta Europea de Salud en España, definiendo la enfermedad crónica como “enfermedades o problemas de salud de una duración de al menos 6 meses sin considerar problemas temporales, pero sí los estacionales o recurrentes”.

Además de esto, también es fácil observar que España cuenta con una población en su mayoría longeva: según los últimos estudios de la INE, la edad media de la población española en 2021 era de 43.8 años, con una esperanza de vida media de 80.9 en hombres y 86.2 en mujeres, en 2019. En vista de los datos anteriores, el Sistema Nacional de Salud decide, en 2012, poner en marcha la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad. Es en este punto donde nos encontramos, muchas veces sin saberlo, a la enfermera gestora de casos.

Enfermera Gestora de Casos, Enfermera de Salud Pública, Enfermera de Enlace, Enfermera Familiar y Comunitaria, Enfermera de Atención Primaria... Todos estos términos surgen para definir a aquella enfermera de la que no existe un nom-

bre reconocido unánimemente y que tampoco está reconocida en muchas Comunidades Autónomas (CCAA), pero que tiene una función tan trascendente como la que se expondrá a continuación. Y es que esta enfermera, de la que muchos han oído hablar, pero otros tantos desconocen exactamente qué es, recibe el nombre que utilizaremos como título de una intervención: NIC 7320 “gestión de casos”, aprobada en el año 2000.

2 Objetivos

- Conocer el papel de las enfermeras gestoras de casos, así como la manera en la que se integra en el sistema nacional de salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La gestión de casos consiste en un proceso de valoración, planificación, colaboración y asesoramiento donde la enfermera se coordina con otros profesionales, servicios y recursos y ejerce de referente para los pacientes con procesos de dependencia y/o alta complejidad y de sus cuidadores, con el objetivo de promover resultados de calidad asistencial y efectivos respecto al coste.

La misión de la enfermera gestora de casos es asegurar una atención integral y de calidad coordinando todos los agentes implicados en el proceso de salud-enfermedad del paciente y del cuidador, con un modelo de práctica avanzada colaborativo, integral y multiprofesional promoviendo que la persona permanezca el mayor tiempo posible en el entorno comunitario con la mejor calidad de vida. Se ha demostrado en diferentes estudios que las intervenciones de la enfermera gestora de casos consiguen reducir las estancias hospitalarias y el número de reingresos, lo cual supone un ahorro para el sistema sanitario y una mejora de la calidad de vida de los pacientes.

El objetivo principal es garantizar el cumplimiento del plan de cuidados integral dirigido al enfermo, al cuidador y a su familia mediante la coordinación entre los diferentes profesionales de todos los ámbitos asistenciales y la gestión del caso, asegurando continuidad asistencial.

Los objetivos específicos son:

- Identificar pacientes en situación de complejidad y elevada dependencia.
- Prevenir el deterioro funcional y cognitivo o mejorarlo.
- Proporcionar atención integral y continuada a los pacientes incluidos en el programa.
- Garantizar continuidad asistencial con la coordinación de todas las intervenciones que requiere el paciente.
- Fomentar la autonomía y el autocuidado del paciente, cuidador y familia mediante formación y motivación. Adquirir conocimientos y habilidades para gestionar la salud.
- Disminuir el número de ingresos y el número de visitas a urgencias potenciando la atención integral de calidad en atención primaria.
- Coordinación eficaz con los dispositivos sociales para solucionar la problemática social.
- Formación continuada a los profesionales de los equipos para abordar los diferentes casos.
- Dar soporte y colaborar en la organización y realización de talleres dirigidos a los cuidadores.
- Evaluar la satisfacción en la atención del grupo de pacientes complejos y de las personas cuidadoras mediante encuestas.

La gestión de casos está encaminada al seguimiento de:

- Pacientes con comorbilidad, múltiples ingresos hospitalarios y urgencias.
- Pacientes con enfermedades o procesos de baja prevalencia pero que necesitan un abordaje específico y diferenciado.
- Pacientes mayores de alta fragilidad que necesitan acceder a diferentes dispositivos.
- Pacientes con pobre soporte familiar y con poca capacidad de autocuidado.
- Cuidadores principales de pacientes de alta complejidad.
- Pacientes con trastornos mentales severos y otros que incluyen a niños de alto riesgo.

Las enfermeras gestoras de casos deben tener una actitud inquietante hacia la innovación y la investigación, con capacidad de cuestionamiento y actitud crítica hacia las rutinas establecidas en el sistema. Deben orientar su práctica a conseguir resultados en salud, respetar el principio de autonomía del paciente, sus

valores, sus costumbres y sus creencias. La enfermera gestora de casos tiene que tener una visión integral de la persona y colaborar con el resto de miembros del equipo que atienden a ese paciente, siempre con motivación hacia la mejora y estableciendo un compromiso con la persona atendida y su familia.

La enfermera gestora de casos tiene que tener habilidades para la comunicación tanto escrita como verbal, deben desarrollar relaciones interpersonales constructivas, trabajar en equipo, saber negociar y resolver conflictos. También debe saber adaptarse a las nuevas situaciones que pueden ir surgiendo, a planificar y organizar todos los recursos, y a utilizar la tecnología para la información y comunicación.

Los conocimientos que esta enfermera debe poseer son:

- Metodología enfermera y taxonomía NANDA, NIC y NOC.
- Valoración geriátrica integral y otros instrumentos de valoración específicos.
- Recursos de financiación y dispositivos de ayuda en materia sociosanitaria.
- Resultados de salud esperados.
- Estándares de calidad asistencial.
- Conocimiento de diversos sistemas de información de salud disponibles.
- Seguridad asistencial.
- Metodología de promoción y educación para la salud.
- Principios de bioética.

POBLACIÓN DIANA

A la hora de proporcionar cuidados, la enfermera gestora de casos se encargará de dos perfiles diferenciados de pacientes:

- PCC: Paciente Crónico Complejo.
- MACA: paciente en Modelo de Atención de Cronicidad Avanzada (¿Te sorprendería que este paciente se muriera en los próximos 12 meses?).

Criterios para identificar PCC

El PCC tiene una prevalencia aproximada del 3% y se caracteriza por:

- Multimorbilidad o enfermedad crónica única grave.
- Alta probabilidad de crisis con mucha sintomatología de difícil control.
- Enfermedad crónica progresiva con evolución dinámica y variable.
- Alta utilización de servicios, ingresos y elevado consumo de recursos y fármacos, con incremento del riesgo iatrogénico.
- Necesidad de manejo multidisciplinar.
- Toma de decisiones en un marco clínico de incertidumbre permanente.

- Requerimiento de acceso a diferentes dispositivos y recursos por vías preferentes.
- Asociación a fragilidad de base, pérdida funcional, probabilidad de descompensación aguda (funcional o cognitiva) o nueva aparición de síndromes geriátricos.
- Situaciones psicosociales adversas.

Debería ser identificada como PCC la persona que combine diversos de estos aspectos y aquella que según los profesionales podría beneficiarse de un modelo de atención integrada.

Criterios para identificar un MACA

Un 1.5% de pacientes en la comunidad sufren de condiciones crónicas de salud en fase avanzada con pronóstico de vida posiblemente limitado y presencia de necesidades fundamentales paliativas.

Es necesario identificar como MACA cualquier paciente complejo que tenga un resultado positivo en el test de NECPAL.

También se puede identificar como MACA, un paciente NECPAL negativo, pero que presente alguna de las siguientes características:

- Afectación clínica de mayor gravedad o complejidad, comparándola con la estándar de personas con las mismas enfermedades o condiciones de base.
- Pronóstico de vida previsiblemente inferior a 18 meses.
- Mayor prevalencia e intensidad de necesidades, de todo tipo, y que exigen una visión integral (especialmente en las dimensiones emocionales, sociales y espirituales).
- Abordaje mayoritariamente paliativo.
- Requerimiento de planificación de decisiones anticipadas para gestionar adecuadamente las crisis.
- Mayor atención y apoyo a la estructura cuidadora.

Modelo de atención de PCC y MACA

Los pacientes en situación de complejidad PCC y MACA, son los más vulnerables de la comunidad y en consecuencia, son los que más se pueden beneficiar de una actuación asistencial impecable, basada en los valores profesionales y en la mejor práctica clínica.

Para lograr resultados óptimos, los profesionales deben optar por:

- Procurar que las decisiones clínicas en estos pacientes se basen en un enfoque de excelencia.
- Asegurarse que cada paciente (o su cuidador) tiene información sobre:
 - Quiénes son los profesionales de referencia y cómo se pueden localizar.

- Cómo puede acceder a los servicios de salud en cada momento del día.
- Cuáles son los síntomas de alarma que hay que tener en cuenta en su caso.
- Según cada situación, marcar al paciente como PCC o MACA en la historia clínica .
- Incorporar a la historia clínica de cada paciente un informe clínico actualizado que sea accesible y útil para los profesionales sanitarios de diferentes dispositivos asistenciales por los que será atendido. Debe constar la siguiente información básica:
 - ¿Quién cuida al paciente? ¿Vive solo?
 - ¿Quiénes son sus profesionales de referencia y cómo localizarlos?
 - ¿Cuáles son sus enfermedades y condiciones de salud principales?
 - ¿Cuáles son sus necesidades principales desde un punto de vista integral?
 - ¿Qué medicación toma actualmente?
 - ¿Cuáles son las directrices básicas de actuación en caso de descompensación?
- También se debe añadir un Plan de Decisiones Anticipadas que se haya pactado con él/ella. Como mínimo debería de constar:
 - Qué nivel de información tiene el paciente sobre su enfermedad.
 - Cuáles son las cosas que más le preocupan de su situación.
 - Cuáles son sus preferencias en caso de agudización.
 - En quién delega estas decisiones.
 - Dónde prefiere ser atendido en situación de final de vida.
 - Cuáles son sus necesidades espirituales.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera gestora de casos es una rama de la profesión que, pese a haber sido definida, no está muy clara ni extendida en nuestro país.

Esta parte de la profesión está principalmente dirigido a pacientes crónicos, pudiendo ser pacientes crónicos complejos o modelo de atención de cronicidad avanzada.

La enfermera gestora de casos debe tener unas cualidades y aptitudes específicas para poder desempeñar de manera adecuada sus funciones. Entre estos conocimientos destacan la taxonomía NANDA, NIC, NOC; realizar una adecuada valoración del paciente, y conocer los recursos de los que dispone para utilizar los más efectivos en cada caso.

Es una parte de la profesión que requiere mayor seguimiento y potenciación para que la enfermera gestora de casos exista en todas las comunidades autónomas.

6 Bibliografía

1. Fraile Bravo M. Enfermeras gestoras de casos; ¿Esa gran desconocida? Revista científica Sociedad Española del Enfermo Neurológico [Revista]. 2015;42(1):1–3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-enfermeras-gestoras-casos-esa-gran-S2013524615000215>.
2. López Vallejo M, Puente Alcaraz J. El proceso de institucionalización de la enfermera gestora de casos en España. Análisis comparativo entre los sistemas autonómicos de salud. Enferm Clín (Engl Ed) [Internet]. 2019;29(2):107–18. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-el-proceso-institucionalizacion-enfermera-gestora-S1130862117301614>.
3. INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. INE. Disponible en: <https://www.ine.es/index.htm>
4. Miguélez Chamorro A, Gomila Mas M, Albertí Homar F, Román Medina I, Sansó Marínez N, Muñoz Alonso Y et al. La enfermera gestora de casos; garantía de coordinación y de continuidad asistencial. Subdirección de Atención a la Cronicidad, Servicio de salud de las Islas Baleares. 2017.
5. Valverde Jiménez María del Rosario, López Benavente Yolanda, Hernández Corominas María Ángeles, Gómez Ruiz Mercedes, Blázquez Pedrero Magina, Echevarría Pérez Paloma. Enfermera Gestora de Casos del Servicio Murciano de Salud: un año de puesta en marcha del programa. Enferm. glob. [Internet]. 2014 Oct ; 13(36): 57-69. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400004&lng=es.
6. Ollero-Baturone M (coord.), et al. Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado, Consejería de Salud Sevilla [Internet] 2018. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-pluripatologicos>.
7. Villavicencio Chávez C, Garzón Rodríguez C, Vaquero Cruzado J, Gracia E, Torrents A, Loncán P. Exploración de los valores y deseos de pacientes con enfermedad crónica avanzada y con enfermedad crónica compleja: Conversaciones acerca del final de la vida. Med Paliat [Internet]. 2019; 26 (1): 43-49. Disponible en: https://www.medicinapaliativa.es/Ficheros/255/2/08_OR_Villavicencio_MEDPAL.pdf.
8. Gual N, Font AY, Montes BE et al. Perfil y evolución de pacientes crónicos complejos en una unidad de subagudos. Aten Primaria [Internet] 2017. 49:510–517. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/>

pii/S0212656716302803.

Capítulo 37

LAS FUNCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA POR PARTE DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

ALICIA MANRIQUE RUIZ

ALICIA PERAIRA MORAL

HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO

LAURA GARCÍA PUÑAL

FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA

1 Introducción

El Sistema Nacional de Salud, conocido con las siglas (SNS) está formado por diferentes niveles asistenciales, uno de ellos es la Atención Primaria de Salud (APS), que constituye el núcleo principal de este, debido a sus características y su función.

Como hemos dicho en el apartado anterior, la Atención Primaria o AP se caracteriza por una serie de atributos que nombraremos a continuación:

- Su accesibilidad: debido a su fácil acceso, garantiza la asistencia sanitaria con cercanía y prontitud por el profesional sanitario adecuado.
- Por su longitudinalidad: debido a la continuidad en el tiempo del profesional con el paciente.

- Por su polivalencia: debido a su rapidez para dar respuesta a todas las demandas del paciente, en la enfermedad, los cuidados o las prácticas educativas y preventivas.
- Por su coordinación: es el núcleo de referencia con el resto de profesionales sanitarios, ya que desde este nivel se coordinan todas las decisiones y contactos con el resto de profesionales.

Este nivel de Atención primaria, está formado por un equipo de profesionales sanitarios muy variados y con diferentes funciones, algunos de ellos son:

- + Conjunto de profesionales de medicina de familia y pediatría.
- + Equipo de enfermería.
- + Profesionales de la odontología.
- + Trabajo social y atención al ciudadano.

2 Objetivos

Conocer el nivel asistencial de Atención Primaria, así como la figura del diplomado/a de enfermería dentro de este servicio y las tareas que debe de llevar a cabo.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática sobre los artículos científicos publicados en diferentes bases de datos como: Medline, Wikipedia y Google Académico, donde se han empleado filtros de búsqueda y palabras claves relacionadas con el tema a tratar. De los numerosos resultados encontrados se han seleccionado los que se ajustaban al criterio establecido para la elaboración de esta revisión, los cuales quedan reflejados en la bibliografía. Palabras clave: atención, primaria, enfermería.

4 Resultados

Los diplomados/as de enfermería ejercen sus labores como auxiliares del equipo facultativo, cumplen principalmente sus instrucciones, ya bien sean verbales o escritas en relación con el servicio de atención primaria. Por ejemplo, la administración de medicación, ya bien sea por vía oral o intravenosa y las técnicas invasivas como la venopunción para la realización de extracciones, básicamente

es lo que más demanda el equipo facultativo. Aunque aparte de esas funciones, también realizan otras muchas de las que enumeraremos a continuación:

- Registrar en la historia clínica del paciente toda la información que este nos aporte sobre sus problemas de salud.
 - Valorar la información recogida en la historia clínica para a partir de esta realizar acciones de enfermería.
 - Cuidar de la salud del paciente de forma personalizada, realizando todas las técnicas que sean pautadas por el equipo médico.
 - Llevar a cabo acciones de enfermería como son toma de constantes como: la tensión, oxígeno en sangre, glucemias, electrocardiogramas, administración de medicación, técnicas de venopunción para realizar extracciones, entre otros.
 - Llevar a cabo actividades de promoción y fomento de la salud a individuos, familias y comunidades en general, capacitando de esta manera al individuo y la familia para que asuman conductas responsables en el cuidado de propia su salud.
 - Realizar actividades de rehabilitación y reinserción social a individuos y familias.
 - Tener en perfectas condiciones la consulta médica y de enfermería con respecto a la organización y reposición de materiales, en muchas ocasiones esta tarea la realizan de forma conjunta con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Las consultas de los diplomados/as de enfermería en los centros de Atención Primaria son un recurso que al paciente le permitirá la prestación regular de servicios sanitarios propios de forma rápida y eficaz, además de poder acceder a servicios específicos, todos aquellos adscritos al centro de salud, centrando las actividades en el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la capacitación de los profesionales sanitarios que componen el equipo de enfermería en los centros de Atención Primaria debe ser un proceso permanente, por el cual estos puedan adquirir, reforzar, actualizar e incrementar de forma constante sus conocimientos, con el único fin de brindar los cuidados específicos e integrales en cualquier lugar y momento para asegurar la recuperación y calidad de vida del paciente. Por ello, el papel del equipo de enfermería va desde las tareas más básicas como realización de pruebas e intervenciones, hasta el soporte más humano que necesita el paciente en cada momento, puesto que en según qué áreas se encuentren nuestros profesionales, el trato humano y psicológico es de vital importancia.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_primaria_de_salud
2. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0434.pdf>
3. <https://ifses.es/funciones-enfermera-centro-de-salud/>

Capítulo 38

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES RARAS DEL METABOLISMO

ALICIA MANRIQUE RUIZ

HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO

LAURA GARCÍA PUÑAL

FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA

ALICIA PERAIRA MORAL

1 Introducción

Las enfermedades raras del metabolismo son trastornos hereditarios poco comunes que afectan el correcto funcionamiento de los procesos metabólicos del cuerpo humano. Estas patologías presentan síntomas que a menudo se confunden con otras enfermedades, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento oportuno. En algunos casos, estas enfermedades pueden provocar daños graves en los órganos y tejidos del cuerpo, poniendo en peligro la vida del paciente.

El metabolismo es un conjunto de procesos esenciales para la vida del organismo, que se encargan de obtener energía y llevar a cabo funciones vitales. Las enfermedades raras del metabolismo surgen a causa de alteraciones específicas en estos procesos, provocando un exceso o escasez de sustancias en el cuerpo

que pueden afectar diferentes órganos y sistemas, como el cerebro, el hígado, el páncreas o los huesos.

Un diagnóstico temprano y una atención médica especializada pueden mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes afectados por estas patologías. No obstante, en muchos países el diagnóstico de las enfermedades raras del metabolismo se retrasa debido a la falta de conocimiento y recursos adecuados en el ámbito sanitario.

En este contexto, el personal de enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado de los pacientes con enfermedades raras del metabolismo, ya que pueden colaborar en el diagnóstico temprano, seguimiento, tratamiento y educación del paciente y su familia. Asimismo, pueden brindar apoyo emocional y asesoramiento a los pacientes y sus familias para ayudarles a afrontar la enfermedad y mejorar su calidad de vida. Este trabajo aborda los cuidados de enfermería específicos necesarios para los pacientes con enfermedades raras del metabolismo, contribuyendo así a una atención sanitaria integral y de calidad a estos pacientes.

2 Objetivos

Analizar la importancia del cuidado de enfermería en pacientes con enfermedades raras del metabolismo, así como la colaboración interdisciplinaria y la formación continua del personal de enfermería en la gestión adecuada de estas patologías.

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre el protocolo de cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades raras del metabolismo, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se consultaron diversas fuentes relacionadas con el tema, tales como sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas, como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

Las enfermedades raras del metabolismo son trastornos hereditarios que afectan a los procesos metabólicos del cuerpo humano. Estas patologías son poco fre-

cuentas y pueden presentarse con una amplia variedad de síntomas, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento adecuado.

El cuidado de enfermería en pacientes con enfermedades raras del metabolismo es esencial para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes. La enfermería puede colaborar en el diagnóstico precoz, monitorización y tratamiento de estas patologías, así como proporcionar apoyo emocional y educación al paciente y su familia.

El papel del personal de enfermería en el cuidado de estos pacientes incluye la realización de pruebas diagnósticas, la monitorización de los signos y síntomas, la administración de medicamentos y la realización de intervenciones terapéuticas específicas. Asimismo, los enfermeros pueden brindar orientación y asesoramiento a los pacientes y sus familiares sobre los cuidados específicos que deben llevar a cabo en su hogar, así como en cuanto a la adaptación a las necesidades de la vida diaria.

Los pacientes con enfermedades raras del metabolismo necesitan una atención integral y personalizada, y el equipo de enfermería puede contribuir significativamente a ello. Además, la colaboración interdisciplinaria con otros profesionales sanitarios, como endocrinólogos, genetistas y dietistas, es esencial para una atención de calidad y una gestión adecuada de estas patologías.

El personal de enfermería debe estar actualizado en cuanto a los avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades raras del metabolismo, así como en cuanto a los cuidados específicos necesarios para estos pacientes. La formación continua y la educación del personal de enfermería son fundamentales para brindar una atención de calidad a los pacientes con estas patologías.

El cuidado de enfermería es esencial en pacientes con enfermedades raras del metabolismo, ya que puede contribuir a mejorar su calidad de vida, prevenir complicaciones y brindar apoyo emocional y educativo a los pacientes y sus familias.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el cuidado de enfermería en pacientes con enfermedades raras del metabolismo es esencial para garantizar una atención integral y personalizada a estos pacientes. Los trastornos metabólicos hereditarios son poco comunes y pueden presentar una amplia variedad de síntomas, lo que hace que su diagnóstico y tratamiento adecuado sean más difíciles.

Los profesionales de enfermería pueden desempeñar un papel fundamental en el diagnóstico temprano, seguimiento y tratamiento de estas patologías, así como proporcionar apoyo emocional y educativo a los pacientes y sus familias. La co-

laboración interdisciplinaria con otros profesionales de la salud es esencial para una atención de calidad y una gestión adecuada de estas patologías.

Es importante que el personal de enfermería esté actualizado en cuanto a los avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades raras del metabolismo, así como en cuanto a los cuidados específicos necesarios para estos pacientes. La formación continua y la educación del personal de enfermería son fundamentales para brindar una atención de calidad a los pacientes con estas patologías.

6 Bibliografía

Asociación Española de Enfermedades Raras (2020). Guía de atención integral a pacientes con enfermedades raras. Recuperado de https://www.enfermedadesraras.org/images/documentos/guias/guias_autonomias/guia_atencion_integral.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Estrategia en enfermedades raras del Sistema Nacional de Salud. Recuperado de https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Enfermedades_Raras_2014.pdf

Capítulo 39

ENFERMERÍA EN EL CUIDADO A LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS ALTAMENTE CONTAGIOSAS

ALICIA MANRIQUE RUIZ

ALICIA PERAIRA MORAL

HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO

LAURA GARCÍA PUÑAL

FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA

1 Introducción

Las enfermedades infecciosas altamente contagiosas son una preocupación importante para el personal médico y de enfermería, ya que pueden poner en peligro la salud de los pacientes y visitantes del hospital, así como la de los profesionales que los atienden. Estas enfermedades son causadas por diversos agentes infecciosos, incluyendo bacterias y virus, y pueden propagarse fácilmente por medio del contacto directo con personas infectadas, superficies contaminadas y a través de las gotículas respiratorias expulsadas al toser o estornudar.

En este contexto, la labor del personal de enfermería es esencial para el cuidado y tratamiento de los pacientes con enfermedades infecciosas altamente contagiosas. Por lo tanto, resulta fundamental que cuenten con la capacitación y los

recursos necesarios para brindar atención de calidad y segura a estos pacientes. El cumplimiento de los protocolos de control de infecciones es esencial para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como del personal médico y de enfermería. Por lo tanto, este trabajo se enfocará en la discusión de los cuidados de enfermería esenciales para pacientes con enfermedades infecciosas altamente contagiosas, incluyendo la correcta utilización de equipos de protección personal, el manejo adecuado de muestras de laboratorio, el monitoreo de signos vitales y la administración de medicamentos. Asimismo, se destacará la importancia de la capacitación continua y la implementación rigurosa de protocolos establecidos para garantizar la seguridad de todos los involucrados en el cuidado del paciente.

2 Objetivos

Presentar e indicar una visión general sobre los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades infecciosas altamente contagiosas en los centros hospitalarios

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre el protocolo de cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades infecciosas altamente contagiosas, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se consultaron diversas fuentes relacionadas con el tema, tales como sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas, como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

Los cuidados de enfermería para pacientes con enfermedades infecciosas altamente contagiosas requieren de una atención meticulosa y rigurosa por parte del personal de enfermería. Una parte fundamental de esta atención es la utilización correcta de equipos de protección personal (EPP), que pueden incluir mascarillas, guantes, batas y gafas de protección.

Es importante que los profesionales de enfermería estén debidamente capacitados en el uso y manejo de estos equipos, ya que su utilización inadecuada puede aumentar el riesgo de infección. Asimismo, es necesario que se aseguren de que

los EPP se ajusten adecuadamente y se cambien regularmente para garantizar su eficacia.

Otro aspecto importante del cuidado de enfermería para pacientes con enfermedades infecciosas altamente contagiosas es el manejo adecuado de muestras de laboratorio. Es necesario que los profesionales de enfermería sigan los protocolos establecidos para la toma y manejo de muestras, con el objetivo de minimizar el riesgo de infección tanto para ellos como para otros pacientes.

Además, el monitoreo regular de los signos vitales del paciente es esencial para identificar signos tempranos de infección y prevenir complicaciones graves. Los profesionales de enfermería deben ser capaces de reconocer los signos y síntomas de infección, y tomar medidas inmediatas si se observa cualquier cambio en la condición del paciente.

Por último, la administración adecuada de medicamentos y otros tratamientos es esencial para la recuperación del paciente y para minimizar los efectos de la enfermedad. Los profesionales de enfermería deben seguir cuidadosamente las indicaciones del médico y estar atentos a posibles efectos secundarios o reacciones adversas a los medicamentos.

El cuidado de enfermería para pacientes con enfermedades infecciosas altamente contagiosas implica una atención cuidadosa y rigurosa en la utilización de EPP, el manejo de muestras de laboratorio, el monitoreo de signos vitales y la administración adecuada de medicamentos. La capacitación adecuada y la implementación rigurosa de protocolos son fundamentales para garantizar la seguridad tanto del paciente como del personal de enfermería y otros involucrados en su cuidado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades infecciosas altamente contagiosas son cruciales para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente y de todo el personal médico y de enfermería involucrado en su cuidado.

Es fundamental que los profesionales de enfermería estén capacitados adecuadamente en el uso y manejo de equipos de protección personal, como mascarillas, guantes, batas y gafas de protección, para minimizar el riesgo de infección. La utilización rigurosa de protocolos de control de infecciones también es esencial para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas.

Además, el manejo adecuado de muestras de laboratorio, el monitoreo regular de signos vitales y la administración cuidadosa de medicamentos son factores

críticos en el cuidado de pacientes con enfermedades infecciosas altamente contagiosas.

Es importante que los profesionales de enfermería reciban una capacitación continua en estas áreas y que trabajen en estrecha colaboración con otros miembros del equipo de atención médica para brindar atención de calidad y segura a estos pacientes.

6 Bibliografía

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Guía de Prevención y Control de la Infección en el Manejo de Pacientes con Enfermedades Infecciosas de Alta Contagiosidad. Recuperado el 14 de mayo de 2023, de https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nuevoCoronavirus/documentos/Prevencion_control_infeccion_man_pacientes_con_enferm_infect_alt_cont.pdf

Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. (2019). Guía de actuación de enfermería ante un paciente con sospecha o diagnóstico de enfermedad por coronavirus (COVID-19). Recuperado el 14 de mayo de 2023, de https://www.enfermeriaurgencias.com/sites/default/files/guia_actuacion_enfermeria_covid_19_0.pdf

Capítulo 40

ABORDAJE DEL PIE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

ANDREA GÁLLEGO ALISES

MARIA ISABEL SOLERA ABAD

PAULA HERRÁIZ PINO

EVA ALONSO GUADAMILLAS

MARÍA CHICANO MARTÍNEZ

1 Introducción

El Grupo de Trabajo Internacional de Pie Diabético (IWGDF) define el pie diabético (PD) como “la infección, ulceración o destrucción de los tejidos del pie asociados a neuropatía y/o a enfermedad arterial periférica (EAP) de la extremidad inferior en una persona con diabetes mellitus.” Actualmente, la IDF (International Diabetes Federation) cifra la prevalencia de diabetes en un 8,3%, esperando un aumento de esta a 9,9% en 2030 y de 10,4% en el 2040, lo que supone unos 642 millones de pacientes diabéticos, es decir, de 1.284.000.000 de pies con riesgo de desarrollar lesiones.

El pie diabético se define como infección, ulceración o destrucción de los tejidos del pie asociados a neuropatía y/o a enfermedad arterial periférica (EAP) de la extremidad inferior en una persona con diabetes mellitus.

Las complicaciones relacionadas con el pie diabético representan la mayor causa de morbilidad y discapacidad, significando un elevado costo sanitario. Además,

en los pacientes amputados como consecuencia del pie diabético aumenta la mortalidad a corto-medio plazo.

Existen factores de riesgo modificables asociados a complicaciones del PD: neuropatía, enfermedad vascular periférica, deformidades en el pie o callos plantares. Estos factores de riesgo son prevenibles con una correcta estrategia de cribado, clasificación del riesgo y de lesiones, así como de medidas efectivas de promoción de hábitos saludables y tratamiento.

2 Objetivos

- Aumentar los conocimientos de los profesionales de Atención Primaria sobre las últimas recomendaciones de prevención del PD basadas en la evidencia científica.
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales de enfermería de Atención Primaria en la prevención de factores de riesgo del pie diabético.

3 Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed. Así como en Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud, Guías de Expertos y páginas webs como la Grupo de Trabajo Internacional de Pie Diabético (IWGDF).

4 Resultados

Tras el análisis realizado se obtuvieron las siguientes recomendaciones para la práctica clínica:

Se debe realizar una exploración básica:

- Inspección visual del pie: Identificar deformidades anatómicas (prominencias óseas, incremento de la anchura del pie, pérdida de masa muscular, dedos en garra, dedos en martillo, etc.), lesiones en la piel, alteraciones de las uñas, hiperqueratosis o presencia de amputaciones previas e inspección minuciosa del calzado.
- Evaluación de neuropatía sensorial mediante la exploración con monofilamento de 10 mg.
- Explicar al paciente el procedimiento.
- Pedirle al paciente que cierre los ojos.
- Hacer presión con el monofilamento en perpendicular a la superficie, lo suficiente como para que este se curve y después retirar (no aplicar presión más de

1 – 2 segundos).

- Debe aplicarse como mínimo en 3 puntos distales plantares (pulpejo del primer dedo y cabezas del primero y quinto metatarsiano en cada pie). Se considerará positivo la pérdida de sensibilidad en al menos un punto de los 3.

- El paciente deberá decirnos en qué zona ha notado la presión.

Si no se dispone de monofilamento: Sustituir por el Ipswich Touch Test (IpTT).

Este test consiste en presionar con el dedo índice ligeramente durante 1-2 segundos sobre la punta del primer, tercer y quinto dedo y el dorso del primer dedo de cada pie y se ha mostrado eficaz para detectar el riesgo de ulceración si hay ≥ 2 zonas insensibles

Evaluación de la arteriopatía:

- Aspecto de miembros inferiores. (Piernas con arteriopatía suelen tener poco vello, de color pálidas, frías, uñas tróficas...)

- Entrevista clínica: Si tiene dolor al caminar (dolor intermitente), si dolor al poner las piernas en alto...

- Palpación de pulsos pedios y tibiales: Si se consiguen palpar los dos, el riesgo de arteriopatía es bajo o nulo.

Realización de Índice Tobillo – Brazo.

- Explicar al paciente la técnica y su utilidad.

- Colocar al paciente en decúbito supino.

- Material a utilizar: Gel de ultrasonidos, doppler, fonendoscopio, manguito con pera manual, medidor de presión arterial en mmHg.

- Colocar manguito en extremidad superior. Sin inflar manguito, localizamos pulso braquial con doppler (previamente echando gel de ultrasonidos, doppler perpendicular en 90° o 45°). Una vez tengamos el pulso comenzamos hinchar manguito hasta que deje de escucharse el pulso.

- Cuando se deja de escuchar el pulso, liberar el aire del manguito paulatinamente.

- La tensión arterial sistólica será los mmHg que marque el medidor cuando se vuelva a escuchar el pulso. Anotamos resultado.

- Ponemos manguito en posición supramaleolar en MII. Repetimos el procedimiento anterior utilizando esta vez en primer lugar el pulso pedio y el tibial. Apuntaremos la sistólica más elevada de las dos.

- Repetimos procedimiento con MID. Apuntaremos la sistólica más elevada de las dos.

- Repetimos en MS.

- Apuntaremos la presión sistólica braquial más elevada de los dos miembros superiores.

- Se calculará el ITB izquierdo: Presión sistólica braquial más elevada entre la presión sistólica del miembro inferior izquierdo (tibial o pedio). Se calculará ITB derecho: Presión sistólica braquial más elevada entre la presión sistólica del miembro inferior derecho (tibial o pedio).

Interpretación de resultados:

- Presencia de EAP: 0,9. Grave si $< 0,7$.
- Valores normales para adultos: 0,9 – 1,3.
- Aumento de la rigidez por la calcificación de la pared arterial: $> 1,3$.

Observaciones: Si al tomar la TA por más que aumentemos la presión del manguito no dejamos de escuchar el pulso se deberá a una calcificación arterial (es decir, las arterias están tan rígidas que no somos capaces de comprimir las) frecuente en pacientes diabéticos y también es criterio de derivación.

Si no disponemos de doppler realizar ITB utilizando tensiómetro, además de la exploración anteriormente mencionado.

- Úlcera no infectada: Tratamiento local y descarga del pie.
 - Úlcera infectada: Tratamiento local. Toma profunda de cultivo, radiografía, tratamiento empírico previo al resultado del cultivo:
 - Infección superficial: antibióticos frente a estreptococo y estafilococo aureus (amoxicilina/clavulánico. Si alergia, clindamicina).
 - Infección profunda que no amenaza la extremidad: antibióticos frente a bacilos gram negativos y anaerobios (generalmente flora polimicrobiana): ciprofloxacino+clindamicina (o metronidazol).
 - Descargas: Imprescindible la disminución de la presión en la zona afectada, teniendo en cuenta tanto la fuerza vertical como la fuerza de cizallamiento.
- Explorar la forma del pie, donde está localizado la lesión, el calzado del paciente y marcha.
- Recortar en forma de U.
 - Liberar siempre la presión, no hacerlo circular, ya que haría edema de ventana.
 - Superponer las capas necesarias para liberar de presión la zona.
 - Contraindicado en úlceras de componente isquémico (I.T/B $< 0,7$ y pulsos ausentes).

5 Discusión-Conclusión

Debido a la incidencia de Diabetes Mellitus tipo II en la población adulta y al seguimiento y fácil acceso de estos pacientes en Atención Primaria. Las consultas de enfermería de los centros de salud es el lugar indicado para realizar estrategias de prevención, y por ello, es de vital importancia que los enfermeros

dispongan de la última evidencia científica para la prevención de lesiones de pie diabético. Además, pueden aprovecharse otros motivos de visita como métodos de captación para realizar el cribado y la educación para la salud correspondiente, no solo en pacientes diabéticos, sino también en pacientes con dislipemia e hipertensión arterial.

6 Bibliografía

1. Sicco A. Bus, Isabel C. N Sacco, Matilde Monteiro-Soares, Anita Raspovic, Joanne Paton, Anne Rasmussen, Larry A. Lavery, Jaap J. van Netten, on behalf of the International Working Group on the Diabetic Foot. Guidelines on the prevention of foot ulcers in people with diabetes. 2023.
2. Álvarez Hermida Á, Artola Menéndez S, Pardo Franco JL, Rubio García JA, Vela Orus M del P, Prieto Santos N, et al. Abordaje del pie diabético. Estrategia de Diabetes del Sistema Nacional de Salud. 2022.
3. González RI, Olmeda PR, Vidiella MB, Arboix JL, Samper JMC. Guía de diabetes para clínicos. Recomendaciones de la redGDPS. 2015.
4. Leal Eizaquirre, R. Resolución de 01/04/2019, de la Dirección-Gerencia, por la que se establece el procedimiento de reintegro de gastos por atención podológica del pie diabético (quiropodia básica). III.- OTRAS DISPOSICIONES Y ACTOS . Núm. 71, 2019.
5. Descargas en pie diabético [Internet]. convatec.com. 2022 [citado el 7 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.convatec.com/es-es/cuidado-avanzado-de-heridas/blog/descargas-en-pie-diabetico/>.

Capítulo 41

ACTUALIZACIONES DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ

SARA PAJARON BUENACHE

PATRICIA MELERO ALEGRIA

NOELIA CABEZA GARROTE

CARLA GEOVANNA LEVER

1 Introducción

Podemos definir la intubación endotraqueal como el procedimiento en el que se introduce un tubo por la boca en situaciones de emergencia.

Esta técnica se utiliza para mantener la vía aérea permeable y así poder administrar de una manera segura y eficaz oxigenoterapia, medicación; también se puede utilizar como apoyo a la respiración en algunas enfermedades.

Los pacientes que requieren esta técnica pueden sufrir algunos riesgos tales como: traumatismo de laringe, tráquea, esófago o cuerdas vocales. Existe también riesgo de infección y/o perforación de las partes más blandas de la caja torácica, pudiendo ocasionar un colapso pulmonar.

Los profesionales que se encargan de realizar el procedimiento son los médicos, junto con el personal de enfermería que serán los encargados de prestar apoyo y

asistencia en dicho procedimiento.

Es importante que los profesionales de enfermería conozcan las técnicas actualizadas de este procedimiento y todos los materiales que se deben de utilizar en la misma, garantizando así que este sea más seguro.

El profesional de enfermería deberá de asistir al médico en todo momento proporcionándole los materiales concretos que necesite en cada momento ya que esta técnica se puede complicar pudiendo tener consecuencias graves o incluso la muerte.

Es por ello que el personal de enfermería debe de conocer este procedimiento para prestar una correcta asistencia en la intubación endotraqueal .

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son las técnicas actualizadas ante el procedimiento de la intubación endotraqueal y la labor que desempeña el enfermero en dicho procedimiento.

3 Metodología

Para el presente estudio de investigación se ha realizado una revisión bibliográfica consultando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline y Google Scholar.

Se ha consultado la literatura científico sanitaria existente en referencia con la intubación endotraqueal seleccionando los artículos más actualizados.

Se han combinado operadores booleanos para estrechar la búsqueda.

4 Resultados

Podemos describir la intubación endotraqueal como el procedimiento que utilizamos para poder tener aislada la vía respiratoria, para ello será necesario un tubo que permitirá que la vía aérea permanezca permeable y así podremos garantizar una buena ventilación al paciente.

Esta técnica nos permite la administración de oxigenoterapia a altas concentraciones, nos permite administrar medicación y la aspiración de la tráquea en el caso de que se encuentre obstruida.

Enfermería deberá de conocer el material que se utiliza para esta técnica y dejarlo preparado para cuando se tenga que realizar.

En el material para realizar dicho procedimiento encontramos: cánulas oro-faríngeas, pinzas de magill, fonendoscopio, lubricante, guantes, jeringa de 10, aspirador, fiador para poder introducir el tubo endotraqueal, filtro antibacteriano, ventilación con reservorio y mascarillas de diferentes tamaños

El papel del profesional de enfermería en este procedimiento es asistir al médico facilitando así el material que vaya a requerir en cada momento, esto permitirá que la técnica se realice con mayor éxito. Ayudará al facultativo una vez que haya introducido el tubo endotraqueal a su correcta fijación utilizando los materiales que previamente hemos preparado.

Debemos de tener en cuenta que esta técnica se realiza de manera estéril, ya que las últimas actualizaciones así lo detallan. Colocaremos un campo estéril en el que posteriormente colocaremos todos los materiales. Tendremos que comprobar que el material se encuentre en perfectas condiciones, más concretamente el laringoscopio o el balón de neumotaponamiento.

El paciente debe de estar colocado en decúbito supino con el cuello en hiperextensión. Los profesionales de enfermería tendrán que comprobar que el paciente no sea portador de prótesis en la boca, en su caso, deberá de ser retirada antes de realizar el procedimiento.

Una vez que el la técnica se ha realizado, será el personal de enfermería el encargado de comprobar que funcione correctamente mediante una auscultación pulmonar. Deberemos de ventilar al paciente con una mascarilla con reservorio conectado a una fuente de oxígeno.

Por último, enfermería deberá de extremar los cuidados con este tipo de pacientes, ya que son vulnerables y propensos a adquirir neumonías nosocomiales, lo que puede producir que su estado de salud empeore.

5 Discusión-Conclusión

Podemos describir la intubación endotraqueal como el procedimiento en el que se introduce un tubo a través de la boca hasta la tráquea, esto nos permitirá poder ofrecer al paciente una correcta ventilación y poder mantener a salvo las vías respiratorias.

Es muy importante el papel que desarrolla los profesionales de Enfermería en estos procedimientos como asistencia a los médicos y facultativos para evitar que pueda surgir cualquier riesgo y minimizar así los efectos adversos de la misma. Será muy importante que se conozca todo el material que se debe de utilizar y emplear, ya que esta técnica se realiza en caso de emergencia.

Extremaremos los cuidados para evitar futuras complicaciones o enfermedades adquiridas en el entorno sanitario.

6 Bibliografía

1. Crespo, L. R., Acín, I. A., Campagna, R. C., Jiménez, M. M. E., & Molero, R. I. (2021). Revisión bibliográfica sobre intubación endotraqueal, complicaciones y papel del equipo de enfermería. *Revista Sanitaria de Investigación*.
2. <https://revistamedica.com/intubacion-endotraqueal-procedimiento-pasos/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003449.htm>.
4. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000100004.

Capítulo 42

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA TÉCNICA DE CANALIZACIÓN DE ACCESOS VASCULARES ECOGUIADOS

JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO

ELENA MOROTE CUMPLIDO

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

1 Introducción

La canalización vascular es una habilidad que debe manejar el profesional de enfermería en cualquier ámbito donde realice su trabajo tanto extra como intra-hospitalario.

En el ámbito intrahospitalario cada vez es más común canalizar un acceso vascular, tanto arterial como venoso, usando la técnica ecográfica, que tiene como fin disminuir la incidencia de complicaciones y obtener un mayor éxito en la primera punción, por lo que la elección de esta técnica se está convirtiendo con más frecuencia en la de primera elección en el ámbito hospitalario.

Esta técnica consiste en la visualización de los accesos vasculares a través del transductor ecográfico en plano transversal o longitudinal, pudiendo escoger el más adecuado para la introducción de nuestro catéter.

Los accesos vasculares para los que mas se usa la técnica, son los accesos venosos, que dependiendo de la zona de inserción pueden ser: Catéter Venoso Central (CVC), Catéter Central de Inserción Periférica (PICC) y Catéter Venoso de Línea Media (CVPM).

Es obligatorio, que todo profesional de enfermería conozca esta técnica y tengan disponible los recursos necesarios para que pueda formarse y ponerla en practica diariamente, para así aumentar la seguridad del paciente. En los últimos años su uso se ha extendido tanto a servicios de críticos como de urgencias.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la canalización de accesos vasculares ecoguiados, el impacto que produce la técnica en la seguridad del paciente y la disminución de las complicaciones asociadas al procedimiento.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en base de datos como PubMed, Cochrane, Google Académico y Dialnet buscando las palabras clave: acceso vascular, catéter periférico, ultrasonido, ecografía y enfermería.

Se usaron artículos comprendidos entre 2019 y 2023.

Se excluyeron aquellos artículos que no haya intervención de enfermería.

4 Resultados

La canalización de accesos vasculares ecoguiados, es la técnica recomendada, dado que son menores las complicaciones en comparación con la técnica por referencia anatómica por riesgo de incremento en el número de intentos fallidos y por consecuente minimizar la ansiedad y dolor por la sucesión de punciones. Los resultados se engloban considerando los apartados elementales para el conocimiento de los accesos vasculares ecoguiados.

Están las recomendaciones técnicas de uso del ecógrafo, que son fundamentales que se identifiquen para que se permita la incorporación del ecógrafo a la práctica diaria:

- Se debe usar transductores lineales para estudiar las estructuras en la zona de punción.
- Identificar variantes anatómicas.

- Distinguir las estructuras vasculares.
- Debe estudiarse en los planos longitudinal y transversal cada estructura anatómica hasta visualizar la mejor imagen.
- Reconocer los factores de riesgo que puedan dificultar la punción.
- La zona donde se va a realizar debe estar en el centro de la pantalla.

La canalización de los accesos vasculares se debe realizar basándose en tres elementos:

- El plano ecográfico, refiriéndose al haz de ultrasonido, emitido por el transductor sobre la superficie corporal al desplazarse, distinguiéndose el plano longitudinal y el plano transversal.
- El acceso vascular a canalizar debe elegirse considerando el diámetro, debido a que el éxito de esta canalización es mayor cuanto mayor es el diámetro del vaso.
- Durante la punción es recomendable ver la aguja en todo su recorrido, esta visión se obtiene en el plano longitudinal. Mientras que en el plano transversal hay una visión mas amplia y permite evitar la punción de estructuras equivocadas.

Por último, se deben mencionar los aspectos mas relevantes para realizar la técnica correctamente. Lo primero es identificar el acceso vascular que deseamos canalizar mediante el transductor, una vez identificado no debe moverse.

Entonces comenzaremos la punción avanzando la aguja lentamente, sin perder la visión de la aguja en el ecógrafo.

Cuando la aguja se acerque al vaso, en la pared de este se observara una depresión, volviendo a su estado anterior una vez la atravesemos y estemos en la luz del vaso. Esta técnica ha conseguido aumentar la tasa de éxito y reducir las complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Se puede evidenciar que el uso de la ecografía para la canalización de accesos vasculares produce un aumento del éxito de la técnica en casos complejos o que ha sido varias veces fallida con la técnica de referencia anatómica, reduciéndose las complicaciones post-punción, mejorando el tratamiento, siendo mas fiable en la medición de constantes y aumentando la satisfacción del paciente reduciendo la ansiedad producida por el procedimiento y disminuyendo también el dolor por realizar reiterados intentos al disminuir estos significativamente, gracias a la posibilidad de ir visualizando, se puede observar cualquier posible problema que se presente y poder evitarlo al instante.

6 Bibliografía

1. Clavero CO. CANALIZACIÓN ECOGUIADA DE ACCESOS VASCULARES PERIFÉRICOS POR ENFERMERÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. Universidad de Zaragoza; 2019.
2. Vista de Análisis del dolor en la canalización arterial por técnica ecoguiada frente a la técnica convencional [Internet]. Conocimientoenfermero.es. [citado el 25 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/228/136>.
3. Pérez-Nieto2 y Eder I. Zamarrón-López JAR-JAGM-HJL-FOR, editor. Accesos vasculares periféricos guiados por ultrasonografía. Vol. 2. Permanyer; 2023.

Capítulo 43

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA CONJUNTIVITIS INFANTIL

NURIA GOMEZ JARILLO

JOSE LUIS MOLINA INIESTA

JAVIER MOLINA INIESTA

CARLOS MOLINA INIESTA

MARIA ISABEL INIESTA TEBAR

1 Introducción

Es posible una causa viral, bacteriana, alérgica o infecciosa de la inflamación de la conjuntiva, conocida como conjuntivitis. La afección ocular más frecuente en personas de todas las edades es la conjuntivitis. La oftalmía neonatal y la conjuntivitis pediátrica son los dos subtipos que afectan a los niños. La oftalmía de inicio temprano, u oftalmía neonatal, se caracteriza por enrojecimiento y secreción que puede ser purulenta, mucosa o mucopurulenta. Cuando esto ocurre en esta etapa de la vida, es importante descartar otras patologías como obstrucción del conducto nasolagrimal, dacriocistitis o glaucoma congénito. Considerando su raíz etimológica, son las causas más frecuentes de conjuntivitis neonatal, conjuntivitis provocada por gonorrea, clamidia y herpes. Las bacterias, la clamidia y los virus son las causas más comunes de conjuntivitis pediátrica. Una o ambas conjuntivas pueden verse afectadas por conjuntivitis bacteriana, que se presenta con secreción purulenta. A pesar de comenzar como unilateral, la conjuntivitis viral

progresar a bilateral, con secreción acuosa o mucosa e inflamación blefaroconjuntival significativa. Puede durar hasta dos semanas. El tratamiento con antibióticos es necesario a pesar de la naturaleza benigna de la mayoría de las conjuntivitis. El germen que los provoca debe eliminarse lo antes posible. Para ayudar, la enfermería debe ofrecer una serie de indicaciones y cuidados que una vez establecidas en el paciente, varias conjuntivitis infantiles mejoran.

2 Objetivos

-Establecer las funciones del personal de enfermería en el cuidado de niños con conjuntivitis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El personal de enfermería debe realizar y recomendar la irrigación para limpiar el ojo de la secreción purulenta que se desarrolla en el ojo, aliviar las molestias y facilitar la penetración del tratamiento antibiótico tópico en el ojo. Es cierto que muchas infecciones conjuntivales en bebés desaparecen sin tratamiento. El antibiótico utilizado es de amplio espectro y se utiliza durante 7 días, aunque se produce lisis en los primeros días. El tratamiento de la conjuntivitis alérgica en los niños consiste en la instilación de gotas oculares antihistamínicas, a veces acompañadas de antialérgicos orales. En algunos casos también se pueden prescribir gotas oculares con corticoides en períodos muy cortos. De no ser así, el personal de enfermería debe realizar cultivos para identificar los antibióticos a utilizar.

La atención de la conjuntivitis pediátrica incluye:

- Observar enrojecimiento, efusión o ulceración de los ojos.
- Observar el reflejo corneal.
- Inyectar el fármaco en el saco conjuntival mediante técnica aséptica.

- Aplicar una ligera presión en el conducto nasolagrimal si la droga tiene un efecto sintético.
- Controla posibles efectos locales, sintéticos y secundarios del tratamiento.
- Registra la administración de medicamentos y la respuesta del paciente a la misma.
- Use protección para los ojos si es necesario.
- Aplicar lubricante o ungüento según sea necesario.

Las enfermeras están adecuadamente capacitadas en patología oftálmica pediátrica y brindan atención e intervenciones adecuadas para resolver la afección lo más rápido posible, así como las modalidades de tratamiento y los medicamentos para los ojos más utilizados. Los profesionales de enfermería también deben tener el conocimiento necesario de los posibles efectos tanto de la patología como del tratamiento, identificarlos de manera temprana y saber responder adecuadamente para evitar que empeoren o empeoren los resultados.

5 Discusión-Conclusión

La conjuntivitis es una inflamación de la conjuntiva y puede ocurrir en la infancia, por lo que puede presentarse a cualquier edad. La etiología de la conjuntivitis puede ser bacteriana, viral o alérgica. En cualquier caso, es importante tener cuidado de los ojos para detener las bacterias que causan la afección. Cuando afecta a recién nacidos, se denomina oftalmía neonatal. Cuando un niño mayor de un mes se ve afectado, se le llama conjuntivitis pediátrica. La enfermería contribuye a la curación de esta inflamación a través del cuidado y la intervención y requiere una formación adecuada adaptada a los cuidados específicos que requiere esta patología.

6 Bibliografía

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

Capítulo 44

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN CATETERISMO CARDÍACO

NURIA GOMEZ JARILLO

CARLOS MOLINA INIESTA

JAVIER MOLINA INIESTA

JOSE LUIS MOLINA INIESTA

MARIA ISABEL INIESTA TEBAR

1 Introducción

La importancia del equipo de enfermería del centro hospitalario es sumamente importante, junto con el equipo médico que acompaña al paciente durante el cateterismo. El cateterismo cardíaco es un procedimiento que se utiliza para diagnosticar o evaluar la insuficiencia cardíaca, la miocardiopatía, la enfermedad de las arterias coronarias o anomalías cardíacas en las válvulas cardíacas o en el músculo cardíaco mismo. Durante el cateterismo, se inserta un transductor delgado y flexible, un catéter, en la aurícula. Examen cardíaco, diagnóstico y tratamiento a nivel arterial, radial o femoral del corazón o de las arterias coronarias. Se requiere trabajo de enfermería desde antes de la inserción del catéter hasta después de la inserción del catéter en esta operación. Esto se hace usando un agente de

contraste y una película de rayos X se puede usar para ver y confirmar obstrucciones y estrechamientos en las cámaras del corazón y las arterias. Si las arterias coronarias realmente se estrechan, se realiza una angioplastia, en la cual se inserta un globo inflado para ensanchar las arterias coronarias y se inserta un stent o malla elástica y se deja en su lugar. Esto mejora la circulación sanguínea. No se requieren pasos adicionales, ya que este procedimiento se realiza al mismo tiempo que se inserta el catéter.

2 Objetivos

Describir y nombrar los cuidados de enfermería que se brindan a los pacientes sometidos a cateterismo cardíaco en un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Procedimientos de cateterismo cardíaco realizados por el equipo de enfermería:

1. Preparación para el cateterismo:

- Asegúrese de que el paciente esté debidamente preparado, se le informe sobre el procedimiento y firme el consentimiento informado.
- Las muñecas y las entrepiernas deben estar bien afeitadas.
- Lavar al paciente para mantener la higiene personal durante el procedimiento. Se debe medir el peso y la altura del paciente.
- Los pacientes que visitan el Departamento de Hemodinámica deben abstenerse de usar ropa interior, efectos personales, dentaduras postizas, etc.
- Debe ayunar 8 horas antes de la prueba.
- Asegurarse de que el paciente esté siguiendo una dieta específica antes del procedimiento.
- Acceso venoso periférico (evitar el dorso de la mano):

Movimiento lateral de la extremidad superior (MSI) o flexión en pacientes <75 años de edad. Conducto o flexión de la extremidad superior derecha (MSD) en pacientes mayores de 75 años.

2. Día de cateterismo:

- Informar a la familia que el paciente ha sido trasladado a la unidad de cateterismo para su tratamiento.
 - El paciente está siendo monitoreado con un desfibrilador. Se registrará un historial médico completo de pacientes y se combinarán todos los exámenes anteriores.
 - Al final del ensayo, se muestra el evento del procedimiento, los medicamentos y analgésicos utilizados, y las instrucciones a seguir después del procedimiento.
- ## 3 - Atención inmediata de emergencia después de un cateterismo cardíaco: después de realizar un cateterismo, la enfermera de la unidad se asegurará de que todos los registros médicos y de enfermería de la unidad de cateterismo se reflejen en el expediente médico del paciente.
- Se está evaluando el estado del paciente. Obtenga una constante si la necesita y controle con un telémetro.
 - Evaluar el dolor del paciente (ubicación, radiación, intensidad).
 - Monitoreo del Sistema Respiratorio: Verifica la frecuencia respiratoria, el ritmo, la saturación y el trabajo respiratorio.
 - Asegúrese de que no se hayan quitado vendajes ni cintas de compresión. Compruebe la perfusión de las extremidades periféricas, la tinción, la temperatura y la parestesia.
 - Según exámenes y medicación, debería poder tolerarlo. Puede comer alimentos sólidos en una hora.
 - El paciente no puede sostener una extremidad.
 - El vendaje de compresión se retirará en un momento designado (3 a 6 horas después del examen). Si se produce sangrado después de retirar el vendaje, aplique un vendaje de presión local hasta que se detenga el sangrado.
 - Todas las incidencias deben quedar registradas en la historia clínica del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Este capítulo concluye que la práctica de enfermería asociada al cateterismo cardíaco es esencial, ya que las enfermeras deben prestar atención a las señales de advertencia para minimizar los posibles riesgos durante el procedimiento. Además, entre los resultados que estamos viendo es que los pacientes están menos ansiosos por los procedimientos que pueden ser muy dolorosos y causar

ansiedad y sospecha. Es importante documentar todo el procedimiento para evitar errores tanto por parte del personal de enfermería como del servicio de cateterismo. La coordinación entre un equipo multidisciplinario para documentar datos y revisar marcadores es esencial para reducir la probabilidad de errores.

6 Bibliografía

- 1.<https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/>.
- 2.<https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/>.

Capítulo 45

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU INTERVENCIÓN EN LAS PACIENTES CON DEPRESIÓN POSTPARTO

NURIA GOMEZ JARILLO

CARLOS MOLINA INIESTA

JAVIER MOLINA INIESTA

JOSE LUIS MOLINA INIESTA

MARIA ISABEL INIESTA TEBAR

1 Introducción

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo, puede afectar a las madres jóvenes. Porque el nacimiento de una nueva familia supone un gran cambio en la vida de toda la familia. No se debe confundir la "tristeza posparto" o la tristeza posparto con la depresión posparto. Los trastornos del estado de ánimo más comunes en las madres jóvenes se caracterizan por síntomas leves, como cambios de humor, irregularidades en el apetito e irritabilidad, que comienzan en los primeros días de vida y duran hasta dos semanas. Se cree que aproximadamente del 30 al 75 por ciento de las mujeres que dan a luz tienen este trastorno del estado de ánimo, caracterizado por síntomas leves como irritabilidad o una combinación de ambos. Por el contrario, del 10 al 15 por ciento de las nuevas madres sufren de depresión posparto y sus síntomas. Los problemas cognitivos,

como los déficits de memoria y atención, también pueden contribuir a la depresión posparto, al igual que los sentimientos de culpa y fracaso. Además, la depresión posparto comienza entre el primer y el último mes después del parto y dura mucho más que las primeras 4 semanas, los primeros 6 meses y hasta el infinito. Para que la familia sobrelleve esta situación con éxito, todos en la familia, especialmente las madres, deben aprender nuevos roles y habilidades para hacer frente a sus nuevas responsabilidades.

2 Objetivos

- Explorar qué intervenciones diagnósticas y terapéuticas pueden proporcionar las enfermeras para la depresión posparto.
- Describir el papel que desempeña la enfermería en la depresión posparto.

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 realizar un diagnóstico se debe poder identificar la etiología que influye en la aparición de la Depresión postparto. Esta lista incluye:

- La falta de apoyo social de un individuo, eventos de vida traumáticos o estresantes, tipo de pareja y relación, o puede verse afectado por el estado social y económico. Hay una naturaleza.
- La ansiedad y la depresión personal o familiar también pueden ser un factor.

Por lo tanto, las enfermeras deben monitorear de cerca el historial y la condición actual del paciente, y estar atentos a los signos de la depresión. El Manual de diagnóstico de referencia de psicopatología también se puede utilizar para encontrarla. El DSM 5 se refiere a esta condición como trastorno depresivo no especificado de inicio perinatal. El manual ya aclara que la depresión se puede iniciar antes del nacimiento, durante el embarazo o a las semanas después de la etapa. Finalmente, los profesionales de la salud realizaron entrevistas semiestructuradas

a las pacientes para evaluar sus expectativas de ser madres, si estas eran realistas, sus insuficiencias, es importante saber si tiene baja autoestima o se siente deprimida. Con o sin autoestima, o sin confianza. Los autores enumeran una serie de herramientas que las enfermeras pueden proporcionar a los pacientes que actúan como defensa frente a las intervenciones de enfermería en la depresión.

- En particular, me gustaría enfatizar los siguientes puntos:

- Un teléfono.

- Visitas domiciliarias según sea necesario.

- Educación Relacionada con la Salud.

Este punto final, la educación para la salud, debe servir como el enfoque principal de las enfermeras para brindar consejos útiles a los pacientes y sugerir varios cambios en el estilo de vida.

Al igual que los recursos anteriores, estos funcionan como un mecanismo.

5 Discusión-Conclusión

La depresión posparto es una de las complicaciones posparto más comunes y afecta hasta un 15-20 % de las mujeres en todo el mundo, siendo las mujeres de nivel socioeconómico bajo a moderado las más vulnerables. Una evaluación exhaustiva de los factores de riesgo y un diagnóstico diferencial preciso son esenciales, ya que la psicoterapia es el tratamiento de referencia para los trastornos de todos los niveles de gravedad. Estos son algunos consejos para ayudar a prevenir o reducir los efectos negativos de la depresión posparto.

- Detección precoz.

- Evaluación de la Salud Mental de las nuevas madres.

- Promoción de la consejería posparto.

En nuestra opinión consideramos que la figura de la enfermera en el puerperio es una pieza clave, además de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formación continuada en este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 46

ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIACOS

ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA

VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ

MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR

MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES

MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO

1 Introducción

Las patologías cardiovasculares que afectan a los músculos cardíacos, pueden ser una de las causas de los trasplantes de corazón.

La insuficiencia cardíaca es una de las patologías cardiovasculares con mayor incidencia y prevalencia en los países desarrollados. Desafortunadamente, este incremento se debe al aumento de la esperanza de vida y, por lo tanto, al envejecimiento de la población. En España el número de muertos por insuficiencia cardíaca se equipara al de las neoplasias.

En el futuro, para intentar controlar el crecimiento de esta enfermedad, será necesario controlar factores de riesgo que se han agudizado como es el caso de la hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica.

A veces, se puede ayudar y mejorar la salud de los pacientes mediante los medicamentos, los dispositivos mecánicos, cardíacos y otros procedimientos. A pesar de ello, si estas alternativas terapéuticas no consiguen mejorar la calidad de vida de

los pacientes, el único método efectivo es el trasplante cardíaco, siendo la principal opción en la insuficiencia cardíaca.

Una de las desventajas que presenta, es que sólo un número pequeño de pacientes con insuficiencia cardíaca puede beneficiarse del trasplante cardíaco.

Esta técnica aumenta la supervivencia y mejora la calidad de vida, sin embargo, requiere un enfoque multidisciplinario para su control, ya que el trasplante cardíaco no es un procedimiento inofensivo y puede causar múltiples y diferentes problemas.

2 Objetivos

Exponer los cuidados necesarios que debe ofrecer el personal de enfermería a un paciente que se haya sometido a un trasplante de corazón.

3 Metodología

Este capítulo se ha realizado empleando el modelo de búsqueda y revisión bibliográfica, analizando los diferentes artículos encontrados, utilizando como motor de búsqueda Google académico y revisando varias bases de datos con información relacionada con el tema a tratar, como Scielo o Pubmed.

4 Resultados

Existen una serie de pautas para la atención y el tratamiento de los pacientes que han sido trasplantados de corazón. Estas pautas incluyen:

- Evaluación hemodinámica: se debe mantener al paciente trasplantado hemodinámicamente estable.
- Balance hídrico: se debe mantener un balance hídrico equilibrado, midiendo tanto las entradas como pérdidas de líquido. Cuantificar la diuresis y la ingesta y medir el peso diario.
- Prevención de infecciones: es importante llevar a cabo medidas de higiene como utilizar mascarilla, lavarse las manos, curar heridas, limitar visitas, etc., ya que los pacientes trasplantados tienen una alta probabilidad de sufrir infecciones. Además, la fisioterapia respiratoria será importante para prevenir la acumulación de secreciones.
- Identificar rápidamente los signos o síntomas que puedan alertarnos de un posible rechazo.

-Apoyo psicológico: resolviendo las dudas o inquietudes del paciente y ayudándoles ante los cambios psicológicos que puedan sufrir porque portan órganos de otras personas.

-Nutrición: mantener una ingesta adecuada de nutrientes y calorías.

La atención de un paciente sometido a un trasplante de corazón se divide a su vez en diferentes fases, dependiendo de dónde se encuentre el paciente:

-Preparación del paciente: antes de realizar el trasplante cardíaco en quirófano, se debe tener el historial cardíaco del paciente, así como comprobar que se han realizado todas las pruebas apropiadas, relacionadas con los signos vitales y los estudios analíticos. El paciente debe acudir a la intervención en ayunas, debidamente afeitado, con una ducha aséptica, y con la debida premedicación. Debe comprobarse si el paciente ha firmado la declaración de consentimiento.

-Ingreso del paciente en la unidad de cuidados intensivos tras el procedimiento: este ingreso en la unidad lo realizan dos enfermeras, un técnico asistente y un médico.

-Se comprobará si hay sangrado y cuánto sangra el seno. Se debe controlar las infusiones, así como su ritmo y cantidad de fármacos. Además de controlar la vejiga y sonda nasogástrica. Todo ello quedará registrado en la mesa del paciente.

-Cuidados durante las primeras horas: seguimiento y registro de funciones vitales, diuresis, sangrado por bypass gástrico del drenaje; Cuidado y cable de alimentación; dar medicamentos prescritos.

-Atención postoperatoria no inmediata: es la atención que se da desde el momento en el que el paciente recibe el alta de la UCI y es trasladado a la sala.

5 Discusión-Conclusión

El trasplante cardíaco ha demostrado ser el método más eficaz para la insuficiencia cardíaca, cuando no existen otras opciones terapéuticas, pero, sin embargo, continúa siendo un desafío debido a la escasez de órganos disponibles, el alto costo que supone y la gran cantidad de sanitarios involucrados. Puesto que no es un tratamiento inofensivo, lleva consigo una serie de posibles complicaciones quirúrgicas, infecciosas e inmunológicas.

Mediante un equipo interdisciplinar se brindará al paciente trasplantado una educación sanitaria continua, disminuyendo los riesgos e intentando mejorar la calidad de vida del paciente, por ello, este equipo tiene un papel primordial en su atención. Además, a través de la aplicación de un plan asistencial, se podrá conseguir una calidad asistencial óptima.

6 Bibliografía

1. Almenar L, Delgado J, Crespo M, Segovia J. Situación actual del trasplante cardíaco en España. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2010;63:132–49. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893210701469>
2. Rodríguez Cerda R. Cuidados de Enfermería en pacientes sometidos a trasplante cardíaco [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 15 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/cuidados-de-enfermeria-trasplante-cardiaco/>

Capítulo 47

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE TERMINAL ONCOLÓGICO

ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA

MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR

MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES

MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO

VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ

1 Introducción

La muerte es el final de la vida humana y cuando se acerca surge un proceso de incertidumbre debido a su desconocimiento. El cáncer es una de estas enfermedades causantes de incertidumbre.

Los enfermos terminales en su etapa final de la vida, requieren unos cuidados de enfermería donde la enfermera oncológica será una figura fundamental.

En los enfermos terminales, con enfermedades incurables y a punto de morir, el principal objetivo irá encaminado a darles consuelo y paz, consiguiendo lograr una “buena muerte”. Estos cuidados permiten al paciente sentir un alivio de los síntomas y dolor que padecen. También se dirigen cuidados hacia los familiares y seres queridos, que quieren acompañar al paciente hasta su muerte.

Es frecuente que los pacientes oncológicos se sientan abandonados por parte de los profesionales sanitarios durante la atención paliativa, considerando que sólo están esperando su muerte. Sin embargo, proporcionarles cuidados paliativos de

forma temprana durante el curso de la enfermedad, consigue mejorar el paso de la fase curativa a la paliativa.

Durante la etapa final de la enfermedad, los pacientes oncológicos necesitan más de los cuidados enfermeros que de los tratamientos médicos, es por ello, que el papel de la enfermera oncológica es primordial en estos momentos.

2 Objetivos

Analizar, principalmente, los cuidados que necesitan los pacientes terminales, pudiendo mejorar su calidad de vida y conocer los síntomas del paciente oncológico, así como herramientas para un buen soporte emocional y una buena comunicación.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Mediante la consulta de diversos libros y artículos de bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Un estudio señala que, en los pacientes paliativos, cuando el tratamiento curativo es ineficaz o el paciente no puede soportarlo, el enfoque del tratamiento debe cambiarse de la fase activa a la paliativa, ofreciendo así a los pacientes en la etapa final, los cuidados y el tratamiento que necesitan.

Estos cuidados paliativos abarcan todas las esferas del paciente, las físicas, psicológicas, emocionales, espirituales y sociales. Además, deben promover su autonomía, facilitarles la información y poder elegir el lugar de su muerte.

Este estudio demostraba que las enfermeras encargadas de los cuidados paliativos, conseguían una buena muerte de los pacientes. Siendo las enfermeras con más experiencia las que obtenían los puntajes más altos en estos cuidados. Esto se debe a que las enfermeras reconocen los cambios que se producen en el paciente terminal y toman decisiones, establecen unos objetivos, solucionan los problemas y manejan los síntomas.

Entre los cuidados al paciente terminal se encuentran:

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante el alivio del dolor y los síntomas.
- Dejar el curso de la enfermedad sin acelerar o retrasar la muerte del paciente.
- Ofrecer una atención holística del paciente.
- Ayudar a las familias a adaptarse a la nueva situación que vive el paciente y servir de soporte durante el duelo. El paciente y la familia forman una unidad a tratar.
- De forma precoz durante el proceso de la enfermedad, se pueden aplicar tratamientos que prolongan la vida como la radioterapia o la quimioterapia. Extendiéndose hasta el duelo. A través de ellas se puede influir positivamente en el curso de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente.
- Debido al impacto emocional que supone para la familia y su entorno, también debe ser un foco de atención.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera oncológica prestará a los pacientes unos cuidados de manera integral, que incluyan todas las esferas. En esta revisión los cuidados de enfermería estaban basados en promover su autonomía y asegurar su comodidad física, psicológica y espiritual.

La enfermera deberá mantener una escucha activa y pasiva acerca del lugar preferido de atención y muerte. Además, las enfermeras de cuidados paliativos podrán asistir una vez dada el alta, al hogar de los pacientes durante el final de la vida, para brindarles una muerte digna.

La atención del personal de enfermería oncológica se centrará tanto en los pacientes como en su familia. Se encargarán de planificar los cuidados de manera temprana y ayudar a disminuir el sufrimiento que supone esta enfermedad, todos ellos desde una atención holística, consiguiendo que los pacientes tengan una atención de calidad contra el cáncer y consigan una buena muerte.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-delprofesional-de-enfermeria-hacia-pacientes-oncologicos-en-etapa-terminaluna-revision-de-la-literatura/>.

Capítulo 48

CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO

ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA

MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO

MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR

VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ

MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES

1 Introducción

Las arritmias, según la RAE, se denomina como “irregularidad y desigualdad en las contracciones del corazón”, o lo que es lo mismo, es un trastorno de la frecuencia cardíaca. Esta alteración puede producirse de tres modalidades distintas:

- Taquicardia: el corazón late demasiado rápido de manera regular, es decir, más de 100 latidos por minuto.
- Bradicardia: el corazón late demasiado lento de manera regular, es decir, por debajo de 50 latidos por minuto.
- Arritmias irregulares: el corazón puede latir tanto rápido como lento, desordenadamente.

La atención a las personas con marcapasos definitivo requiere de una valoración individualizada, con enfoque multidisciplinar, entre el equipo de atención pri-

maria y atención especializada, para llevar a cabo un plan de cuidados exhaustivo, de acuerdo a sus necesidades y estado actual, estableciendo unos objetivos terapéuticos personalizados consensuados entre el equipo, el paciente y familia/cuidador, centrados principalmente en tratar la causa, evitar las posibles complicaciones de su implantación o no implantación, y ofrecer una educación sanitaria óptima para garantizar una buena calidad de vida.

Los estudios analizados hasta el momento reflejan como la presencia de la enfermera en todo el proceso, es decir, ante el diagnóstico, durante el proceso perioperatorio como al alta y cuidados posteriores hasta el fin de sus días, se ha vuelto indispensable, permitiendo así que estas personas tengan la máxima calidad de vida y una recuperación rápida con una adaptación adecuada, a la vez que exige que el equipo de enfermería esté en continua formación.

Por lo tanto, la enfermera como facilitadora de cuidado holístico y promotora de unos cuidados adecuados es indispensable en la atención al paciente con marcapasos tanto transitorio como definitivo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer algunas recomendaciones para mejorar la utilización del marcapasos.

Objetivos secundarios:

- Saber cuándo acudir al equipo sanitario para resolver dudas.
- Observar que cuidados estrictos se deben llevar a cabo en el postoperatorio.
- Analizar las ventajas de los avances en los marcapasos.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en castellano de libros como Revista de Medicina Intensiva, Sociedad Española de Cardiología y Revista de Medicina Clínica de Scielo; y entre las principales bases de datos como Cuiden, Medline, Dialnet y Teseo.

Para llevar a cabo la búsqueda, se han utilizado los operadores booleanos clásicos (Y/AND, O/OR, NO/NOT) junto con términos claros, sencillos y concretos relacionados con el tema:

- Nurs*, Nursing Care, Nurse, Cuidados de Enfermería.
- Enf*, Enfermería.
- Intervenciones de enfermería, Educación para la Salud.
- Bloqueo auriculoventricular completo, Complete atrioventricular block.

- Bradicardia.

También se ha realizado una búsqueda en internet en los siguientes buscadores: Guía del paciente portador de marcapasos elaborada por el Ministerio de Sanidad y consumo, Google Académico, Inbiomed, Organización Mundial de la Salud (OMS), Scielo y Sistema Nacional de Salud (SNS).

4 Resultados

1. Cuidados antes y durante el procedimiento quirúrgico:

- Informar al paciente y su familia, con palabras claras según su nivel de comprensión, del procedimiento que se va a realizar y duración, explicación de la técnica, etc., para conseguir su máxima colaboración y tranquilidad, invitándoles a preguntar todas sus dudas.
- Verificar que el paciente o su representante legal ha firmado el consentimiento informado, así como el ayuno previo de 6h a la intervención quirúrgica.
- Comprobación de que todas las pruebas solicitadas están en la historia clínica (radiografía, analítica, electrocardiograma (ECG), etc.), así como de que el marcapasos definitivo que se le va a implantar funciona adecuadamente.
- Asegurar máxima asepsia durante todo el procedimiento, preparando la zona: rasurar el tórax (si precisa), lavar la zona con jabón antiséptico y secar con gasas estériles. Posteriormente, aplicar solución antiséptica y cubrir con paño estéril; y preparando la mesa quirúrgica con ayuda del auxiliar de enfermería. Además, se revisará el desfibrilador, carro de paradas, analizador de umbrales, aparato de fluoroscopia, electrocardiógrafo y osciloscopio, por si hiciese falta.
- Canalizar vía venosa periférica en el brazo contrario al lugar de implantación y comprobar su permeabilidad.
- Vigilancia de las constantes vitales del paciente a través del monitor antes y durante la realización de la técnica para identificar cualquier anomalía, con la frecuencia indicada en el protocolo del centro hospitalario y siempre que la situación clínica lo requiera.
- Vigilar el nivel de conciencia.
- Vigilancia exhaustiva del ECG del paciente: ver si entra en ritmo sinusal, presencia de EV, cambios de ritmo, etc.
- Vigilar cualquier alteración del paciente notificándola, en su caso, al médico intensivista responsable, y registrándola en la hoja de enfermería.
- Administrar los fármacos que vaya indicando el médico responsable.
- En caso de hemorragia en el punto de inserción: compresión local y aplicación de hielo.

- Informar al paciente en todo momento del lugar donde se encuentra, de lo que se está realizando y en la medida en que el paciente lo requiera, ya que permanecerá despierto.

2. Cuidados después del procedimiento quirúrgico:

Los cuidados, una vez finalizada la intervención quirúrgica los podemos dividir en cuidados inmediatos (los que se llevan a cabo desde que sale del quirófano hasta las 24h siguientes) y cuidados tardíos (los que se llevan a cabo desde que se le da el alta al paciente a las 24h en adelante).

El primer día permanecerá hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y si todo transcurre con normalidad, a las 24-48h se dará el alta a su domicilio.

2.1 Cuidados inmediatos:

- Prevención de infección: debe inspeccionarse diariamente y durante todo el procedimiento hasta la cicatrización completa de la intervención quirúrgica, el punto de incisión en búsqueda de enrojecimiento, edema, dolor o hemorragia anormal.
- Realizar esta técnica con la máxima asepsia, se curará diariamente el punto de inserción y se cubrirá con apósito estéril. Este cuidado se vigilará hasta el cierre completo de la incisión quirúrgica.
- Evitar hematoma en el bolsillo subcutáneo, para ello, colocar un peso en dicha zona a la vez que un vendaje compresivo las primeras 24h y frío local. Esta medida la podrá seguir realizando en casa en la semana siguiente.
- Inmovilización del brazo durante las 24h siguientes.
- Reanudación de la ingesta según tolerancia.
- Radiografía de tórax para comprobar la posición de los electrodos.
- Vigilancia de las constantes vitales del paciente a través del monitor después la realización de la técnica para identificar cualquier anomalía, con la frecuencia indicada en el protocolo del centro hospitalario y siempre que la situación clínica lo requiera.
- Medida de parámetros del marcapasos y ajuste de los mismos, si se precisa.
- ECG de 12 derivaciones.
- Si todo está correcto, podrá irse a su domicilio, junto con la entrega del informe médico y la tarjeta identificativa de marcapasos.
- Citar en consulta de medicina intensiva para seguimiento de marcapasos, según establezca el protocolo y el estado del paciente.

3. Cuidados al alta y posteriormente:

- Revisión periódica y cura de la herida por la enfermera de Atención Primaria y retirada de los puntos a los 8-10 días siguientes a la intervención.

- Vigilancia de la aparición de seroma, hematoma, así como la temperatura del paciente.
- Vigilar el posible rechazo al marcapasos con síntomas como febrícula, fluctuación a nivel local del implante, etc.
- Durante el primer mes, y en especial durante la primera semana, se evitará apoyos sobre la zona, realizar movimientos bruscos y cargar peso con el brazo del lado de la intervención, así como levantar el brazo afectado sobre el hombro o dormir en decúbito lateral sobre ese lado. En el caso de las mujeres, se recomienda el uso de sujetador, ya que el peso de las mamas puede producir desplazamientos del generador.
- A partir de los 4-5 días del implante o recambio, debe ir realizando ejercicios suaves con hombro y brazo del lado donde está implantado el generador.
- Analgesia escalonada con paracetamol (1gr c/8h) durante los primeros días si lo precisa por el dolor local.
- No conducir vehículos durante el primer mes. El marcapasos no es una contraindicación para llevar puesto el cinturón de seguridad en los coches.
- No usar ropa apretada, mochilas ni sujetadores con tirantes muy apretados sobre la zona del marcapasos.
- Llevar en todo momento la tarjeta identificativa europea de portador de marcapasos. Dicha tarjeta aportará información importante sobre el proveedor y atención médica urgente.
- No existen contraindicaciones para conducir un vehículo. Los radares utilizados por los agentes de seguridad del Estado no producen interferencias. Únicamente evitar conducir y viajar durante el primer mes tras el implante.
- Se pueden mantener relaciones sexuales con toda normalidad; las mujeres portadoras de un marcapasos pueden quedarse embarazadas y dar a luz sin ningún tipo de problema.
- Alimentación: se puede llevar a cabo la dieta habitual. Seguir las recomendaciones del médico según la enfermedad de corazón que se padezca, pero el marcapasos no precisa de una dieta especial, aunque como a la población en general se recomienda llevar un estilo de vida cardiosaludable.
- Con respecto a la medicación, habitualmente los fármacos no influyen sobre el funcionamiento habitual del marcapasos, aunque se ha observado aumento de los umbrales de estimulación con flecainida, propafenona y espironolactona.
- Tratamientos dentales: pueden interferir el funcionamiento con el uso del fresado y los ultrasonidos (inhibición transitoria); pero no dañan el marcapasos. Ante esta situación el fresado o los ultrasonidos se utilizarán de forma intermitente, no se apoyarán los instrumentos sobre el generador y los marcapasos que

tengan modulación de la frecuencia se desprogramarán. Por ello, informar al médico o dentista sobre la presencia de marcapasos antes de realizarse estudios médicos o tratamiento.

- Ejercicio: se podrá seguir con la actividad normal de forma gradual una vez que el médico indique que se puede realizar de manera segura. Sin embargo, se deberá evitar el deporte de contacto físico ya que podría provocar caídas o golpes en el área del implante, dañándolo. Caminar, nadar o montar en bicicleta son las actividades más recomendables para cualquier persona con y sin marcapasos.

- Viajes: se puede viajar sin restricciones, si el resto de patologías médicas adyacentes no lo impiden. Únicamente se recomienda anticiparse al viaje, consultando antes con su médico las recomendaciones a seguir, qué hacer ante malestar y llevando localizado un servicio de urgencia por si se precisa.

Pasar por el arco de seguridad de un aeropuerto, juzgado o museo, por ejemplo, no implica riesgos ante el marcapasos, pero se debe avisar siempre y mostrar la tarjeta identificativa ya que, debido a su formato metálico, la alarma se activará.

4. Se debe evitar el contacto prolongado con estos detectores:

- Electrodomésticos: como el ordenador, microondas, lavadora; no suponen ningún riesgo, siempre y cuando se encuentren en buen estado y cuenten con una toma de tierra. Sólo interfieren si se colocan directamente sobre el marcapasos. Para evitar problemas, los enchufes de los electrodomésticos deben tener toma de tierra y no se pondrán en funcionamiento encima del marcapasos. También se pueden utilizar radios, mantas eléctricas, afeitadoras eléctricas, etc.

- Telefonía: se recomienda usarlo del lado opuesto al corazón para evitar interferencias en el marcapasos a causa de las ondas electromagnéticas que emite, es decir, a 15 cm de distancia del lugar del implante del generador.

- Maquinaria: no se deben utilizar taladradoras, motosierras y maquinaria con grandes motores, ya que las vibraciones pueden confundir temporalmente el ritmo del marcapasos.

- Depilación eléctrica: está contraindicado en zonas del cuello y tórax.

- Tomar el sol: con precaución sin exposición prolongada, debido a que puede calentarse el metal que envuelve el generador y producir una quemadura interna.

- Se debe evitar manipular ni estar cerca de imanes ya que puede perjudicar el funcionamiento correcto del marcapaso, al igual que evitar fuentes de alta tensión o voltaje.

5. Respecto a procedimientos médicos se evitará:

- Electrocauterio o bisturí eléctrico:

Producen inhibición de uno o varios latidos, inhibición total del marcapasos o

fallo permanente del mismo. Cuando se vaya a utilizar este instrumento, en el preoperatorio hay que determinar si el paciente es dependiente del marcapasos o no. Si se utiliza cauterio monopolar hay que ubicar el electrodo de masa con suficiente pasta conductora en la extremidad inferior o lo más alejado posible del marcapasos, procurando no utilizarlo a una distancia menor de 15 cm de la zona del marcapasos, y de forma intermitente y con la menor energía posible.

- Cardioversión eléctrica y desfibrilación:

Puede provocar reprogramación, aumento de los umbrales de estimulación, fallo permanente e infradetección temporal. En estos casos es preferible usar las palas en posición anteroposterior. Si no es posible, utilizar palas precordiales con posición perpendicular a la línea entre el marcapasos y la punta del electrodo ventricular. Utilizar las palas a una distancia mínima de 10 cm del generador y nunca sobre el marcapasos utilizando la mínima energía posible.

- Ablación eléctrica:

Puede producir aumento transitorio de los umbrales de estimulación y de sensibilidad, con inhibición o infradetección y ciclos irregulares.

Durante la emisión de corriente de radiofrecuencia es preciso colocar el imán sobre el generador para tener un modo asíncrono fijo.

- Radiación terapéutica:

Puede desprogramar y provocar alteraciones de la detección y de la estimulación, por ello, se evitará la irradiación sobre el generador y, si no fuera posible, se cambiará el generador de lado. Durante cada sesión se protegerá de las radiaciones, y el generador se analizará después de cada sesión.

- Resonancia magnética:

Produce alteraciones por sus campos magnéticos y de radiofrecuencia. No debe someterse a esta técnica a ningún paciente con marcapasos.

- Litotricia:

Los marcapasos unicamerales pueden ser inhibidos temporalmente, y los bicamerales pueden ser inhibidos o producir arritmias. Ante esta técnica se programará el marcapasos en modo VOO, y el punto focal del litotriptor se colocará al menos a 15 cm del marcapasos.

- Electroshock:

No suele dañar los marcapasos, pero pueden crear miopotenciales capaces de inhibir el marcapasos con detección monopolar. Es necesario monitorizar el ECG y posteriormente revisar el generador.

- Sin embargo, procesos como tomografía axial computarizada (TAC), ecografía, radioterapia, etc., son seguros ante la presencia de un marcapasos.

6. Recomendaciones:

- La enfermera deberá enseñar al paciente que en caso de fallecimiento la persona portadora de marcapasos en el que la familia manifieste su deseo de incinerar el cadáver, deberá extraer el marcapasos o hacérselo saber a los servicios funerarios, ya que el generador al quemarse provocaría una explosión.
- Explicar al paciente que la duración de la batería depende en gran medida del tipo de trastorno por el que se implantó, de las funciones que tenga programadas y del estado de los cables. En general, un marcapasos moderno dura aproximadamente 8-10 años. Durante las revisiones periódicas, además de comprobar la integridad del sistema, se revisa el estado de la batería. Cuando la batería se aproxima a su fin de vida el programador nos da una alerta y un tiempo aproximado de la vida que le queda a la batería. En estos casos, las revisiones serán más cercanas hasta que se plantee el recambio del dispositivo.
- Consultar siempre ante: hipo prolongado, sudoración, mareos o síncope, hinchazón de miembros inferiores, cansancio y dificultad para la actividad diaria, frecuencia cardíaca lenta o rápida, disnea, note que el marcapasos produce sonidos o vibraciones, etc.
- La primera revisión tras su implantación se suele realizar a los tres meses de la intervención. Posteriormente, las revisiones serán periódicas cada 6 a 12 meses. Además de comprobar el correcto funcionamiento del dispositivo, es importante saber si durante ese periodo han aparecido síntomas sospechosos, como mareos o palpitaciones, con el fin de modificar o ajustar la programación si fuera necesario.

5 Discusión-Conclusión

El marcapasos artificial definitivo demostró ser un reto, pero a la vez el tratamiento ideal para establecer un ritmo cardíaco regular y adecuado, gracias a la capacidad de este invento, de conseguir que las personas que lo portaban, recuperasen su vida plena anterior. La profesión médica se vio dotada, así, con una ayuda técnica que ha llegado a ser una de las más útiles de nuestro tiempo. Para llevar a cabo una acción terapéutica y un cambio beneficioso en su estado de salud, es necesario ayudar a las personas con marcapasos y/o familiares/cuidadores, proporcionándoles conocimientos teóricos, habilidades prácticas y actitudes necesarias de forma individualizada, con la ayuda del personal sanitario, fundamentalmente la enfermería.

Los estudios analizados llegan a la conclusión de que la actuación de enfermería en este ámbito se ha vuelto indispensable en todas sus fases, desde que se le diagnostica la alteración en el ritmo cardíaco, hasta que pasa por el quirófano y permanece hospitalizado, o incluso una vez que le dan el alta y de forma crónica

durante años, para ayudarle a afrontar su vida diaria y resolver todas las dudas que estén a nuestro alcance, así como proporcionar los autocuidados adecuados, es decir, conseguir una recuperación rápida, adaptación adecuada y la máxima calidad de vida. Esto exige a la enfermera una formación continua en el tema para cumplir dichas expectativas y proporcionar una educación sanitaria óptima tanto al paciente como a sus familiares.

La labor principal como enfermeras no engloba únicamente el revisar la infección mediante cura aséptica o la retirada de grapas, sino que va más allá, englobando al paciente como un ser biopsicosocial, al cual debemos resolver sus miedos y dudas ayudándole a transmitirnoslos y mostrándole nuestra ayuda, ya que el miedo a depender de un dispositivo artificial que en cualquier momento puede fallar o agotarse la batería, si no resolvemos esos problemas, pueden hacer que desarrollen otro tipo de síntomas o patologías. Por ello, una actitud comprensiva y tranquilizadora puede facilitarles la reinserción a su vida habitual.

Debemos asegurarnos de que la persona portadora de marcapasos lleve consigo siempre la tarjeta identificativa.

El seguimiento de este tipo de pacientes debe ser regular y de por vida, por parte de los médicos intensivistas en unidades específicas. Además, es fundamental que las personas que llevan consigo un marcapasos implantado, comprendan que se trata de una enfermedad crónica cuyo tratamiento adecuado es esa implantación con la que deben aprender a convivir. A pesar de ello, el equipo de atención primaria, formado por médico y enfermera, debe conocer datos mínimos sobre este tipo de pacientes y marcapasos, para cualquier posible incidencia relacionada o, incluso, tener la facilidad de ponerse en contacto con Medicina Intensiva. Nuestro objetivo debe ser maximizar todo lo posible la longevidad del generador sin arriesgar el bienestar del paciente, así como programar las revisiones acordes como el recambio, cuando precise.

La educación sanitaria en un paciente al que se le va a y/o acaba de implantar un marcapasos es primordial, para conseguir un autocuidado lo más eficiente posible y llevar una vida normal tras ello y así, poder desarrollar las actividades que venía realizando en su vida cotidiana.

Los objetivos en esta etapa son mejorar la calidad de los cuidados antes, durante y después de la implantación, consiguiendo que el paciente esté lo más tranquilo posible sabiendo al proceso al que va a ser sometido. Pero debemos tener en cuenta que hay ciertas situaciones en las que se deben tomar precauciones para evitar una falla en este aparato.

6 Bibliografía

1. Medtronic [Internet]. Madrid: España. 2020; [citado 2023 julio 15]. Disponible en: <https://www.medtronic.com/es-es/tu-salud/tratamientos-yterapias/bradicardia/vivir-con.html>.
2. Secardiología [Internet]. Madrid: España. Sociedad Española de Cardiología;2021 [citado 2023 Julio 20]. Disponible en: <https://secardiologia.es/>.
3. Pombo Jiménez M, Cano Pérez O, Chimeno García J, Bertomeu González V. Registro Español de Marcapasos. XVII Informe Oficial de la Sección de Estimulación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología (2019). *Rev Esp Cardiol*. 2020; 73(12):1038-1048.
4. Martínez Ferrer, J. Guía del paciente portador de marcapasos. Gobierno de España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Sección de Estimulación Cardíaca y Sociedad Española de Cardiología; 2015.
5. Gómez Navarro R, Carrasco Bonilla S. El paciente portador de marcapasos en la consulta de Atención Primaria. *Elsevier*. 2005; 31(8):365-369.
6. González Rocafort A, Arreo V. Marcapasos. Tratamiento de las arritmias lentas o bradiarritmias. *Cardiopatías Congénitas*. [Consultado 13 Julio de 2023]. Disponible en: <https://cardiopatiascongenitas.net/arritmias/marcapasos/>.
7. Vega Pozuelo SF, Herrera Torres I, Carreras Salcedo E. Plan de cuidados de enfermería en la colocación de un marcapasos definitivo. *Rev electrónica Portal Médicos*. 2018.
8. Martínez Coco MT, Pablos Irazola C. Cuidados de enfermería en los marcapasos temporales. *Rev Esp Cardiol*. 2015; 68(1):1182.
9. Soriano Torres A, Sánchez Romero MC, Maestra Lozano M. Atención de enfermería en el paciente con implante de marcapasos definitivo. *Paraninfo digital*. 2018;12(28):1.
10. Oter Rodríguez R, De Juan Montiel J, Roldán Pascual T, Bardají Ruiz A, molinero De Miguel E. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología.
11. Pérez Hernández E, Ruíz Piñeiro R. Intervenciones de enfermería en el implante de marcapasos definitivo. 2007; 15(2):67-70.

Capítulo 49

ENFERMERÍA Y LOS TIPOS DE INSULINAS SUBCUTÁNEAS PARA LOS PACIENTES CON DIABETES

ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN

NURIA BARON ALMANSA

MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS

YOLANDA TRAPERO MORENO

YOLANDA TORRES ORTEGA

1 Introducción

La insulina es una hormona polipeptídica producida y secretada por las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas, que se encarga de regular los niveles de glucosa en la sangre.

En circunstancias normales, tras la ingesta de nutrientes, los niveles de glucosa en plasma alcanzan un nivel que estimula la producción de insulina, la cual promueve la absorción de hidratos de carbono y su posterior almacenamiento tanto en el tejido adiposo como en el músculo esquelético para su posterior consumo. Sin embargo, los actuales estilos de vida cada vez más sedentarios, así como una mala alimentación, promueven la aparición de enfermedades como la diabetes, entre otras.

Bajo el término “diabetes mellitus” se engloban un grupo de enfermedades metabólicas cuyo nexo de unión es la hiperglucemia debido a un déficit de la secreción de insulina, defectos de la acción de esta o ambos trastornos. Mantenido en el tiempo, la hiperglucemia puede dar lugar a complicaciones como la nefropatía diabética o retinopatía diabética, entre otras.

En condiciones fisiológicas, la insulina se segrega siguiendo 2 patrones diferentes:

- Patrón basal:

El páncreas segrega insulina de manera continua para mantener la homeostasis de la glucosa en situación de ayuno. Representa aproximadamente el 50% de la secreción total de insulina diaria.

- Patrón prandial:

El páncreas segrega insulina en respuesta a la ingesta.

En el presente capítulo se describen los tipos de insulinas subcutáneas más utilizadas en la práctica clínica habitual, así como su clasificación.

2 Objetivos

- Describir los tipos de insulina subcutánea usados en la práctica clínica habitual.
- Exponer la clasificación más aceptada de los tipos de insulina subcutánea.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos, PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, así como las últimas guías de práctica clínica basadas en la evidencia.

4 Resultados

Existen 3 maneras en las que se podría clasificar los tipos de insulina subcutánea actualmente disponibles: según su farmacocinética, según su velocidad de acción y según su origen. A continuación se desarrollará cada una de ellas en más profundidad:

1. Según su farmacocinética:

Atendiendo a su farmacocinética, se pueden encontrar:

- Insulinas basales: son las que imitan el modo fisiológico en el que la insulina es secretada por el páncreas de manera continua para mantener la homeostasis de la glucosa en situación de ayuno. Estas se corresponden con las que tienen una velocidad de acción prolongada o intermedia. Corresponden a las insulinas NPH, glargina, detemir y degludec.
- Insulinas prandiales: son las usadas al ingerir alimentos, simulando la secreción de insulina por el páncreas en respuesta a la ingesta. Aquí se encontrarían, según su velocidad de acción, las insulinas rápidas y ultrarrápidas. Corresponden a las insulinas aspart, glulisina, lispro e insulina humana.
- Insulinas premezcladas: aportan una combinación fija de un componente basal y otro prandial

2. Según su velocidad de acción:

Existen 4 tipos: las insulinas ultrarrápidas, rápidas, intermedias y prolongadas.

- Ultrarrápidas: producen un efecto rápido ante una subida de glucemia o como preventivos justo antes de las comidas. Tienen un inicio de acción a los 15 minutos y una duración de 2 a 3 horas. Se encuentran la insulina aspart, glulisina y lispro.
- Rápidas: suelen administrarse media hora antes de las comidas para evitar subidas en la glucemia. Tienen un inicio de acción de 30 minutos y una duración de 3 a 6 horas. Es la insulina humana.
- Intermedias: normalmente se administran 30 o 40 minutos antes de las comidas en dos dosis, o como una sola dosis adicional por las noches. Inician su acción a las 2-4 horas y tienen una duración de 12 a 18 horas. Se encuentra la insulina NPH
- Prolongadas: contribuyen a un mantenimiento de niveles bajos de glucosa en sangre durante largos periodos de tiempo. Su inicio de acción es de 2-3 horas y su duración de 16-24 horas. Se encuentra la insulina glargina, detemir y degludec.

3. Según su origen:

Pueden ser insulinas humanas o análogos de insulina (moléculas sintéticas para imitar el patrón fisiológico de la insulina). Estas últimas corresponden a todas las insulinas citadas anteriormente, excepto la insulina humana.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica cuya incidencia estimada en España es de 5 millones de personas. Esta puede derivar en múltiples complicaciones (nefropatía diabética, retinopatía diabética o cardiopatía, entre otras), por lo que un abordaje integral y temprano es fundamental para poder evitarlo.

Así mismo, el conocimiento sobre el tratamiento farmacológico con insulinas subcutáneas es clave para poder manejar y controlar la hiperglucemia derivada de esta patología, entendiendo los tipos de insulinas disponibles actualmente, así como su clasificación según su farmacocinética (basales, prandiales o remezcladas), velocidad de acción (ultrarrápidas, rápidas, intermedias y prolongadas) u origen (humanas o análogos de insulina).

6 Bibliografía

1. Lee S-H, Park S-Y, Choi CS. Insulin resistance: From mechanisms to therapeutic strategies. *Diabetes Metab J* [Internet]. 2022;46(1):15–37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4093/dmj.2021.0280>.
2. Donnor T, Sarkar S. Insulin- pharmacology, therapeutic regimens and principles of intensive insulin therapy. MDText.com; 2023.
3. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. 2015;32(1 Suppl):13-61.
4. Pérez Pérez A, Gómez Huelgas R, Alvarez Guisasola F, et al. Documento de consenso sobre el tratamiento al alta hospitalaria del paciente con hiperglucemia. *Med Clin (Barc)*. 2012;138:666.e1-e10.

Capítulo 50

SITUACIONES DE ESTRÉS DE LOS DIPLOMADOS/AS DE ENFERMERÍA EN EL ENTORNO LABORAL

ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN

NURIA BARON ALMANSA

MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS

YOLANDA TRAPERO MORENO

YOLANDA TORRES ORTEGA

1 Introducción

El estrés se define como un estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil a nivel personal o laboral. Todos los profesionales y más aún los profesionales del sector de la sanidad, tienen un cierto grado de estrés, ya que se trata de una respuesta natural a las amenazas y a otros estímulos.

Cada persona reaccionará de una manera diferente a las múltiples situaciones estresantes que se puedan presentar. Los síntomas causados por el estrés pueden variar en función de la persona, al igual que las estrategias que se aplican para hacerles frente, pero es esta manera de reaccionar lo que marca el modo en que afecta a nuestra salud.

En cada nueva jornada de trabajo, los diplomados/as de enfermería se enfrentan a nuevos retos y situaciones que generan en mayor o menor grado cuadros de es-

trés y ansiedad, por ello estos profesionales deberán utilizar todas las herramientas que tengan a su disposición para poner las medidas necesarias y evitar este tipo de situaciones. Por lo tanto, es muy importante que el diplomado/a de enfermería pida ayuda a los profesionales sanitarios correspondientes para fomentar la mejora de su salud laboral y de esta manera tener un autocontrol mental que evite situaciones de estrés.

2 Objetivos

Conocer las situaciones de estrés que sufren los enfermeros en su entorno laboral.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido de una revisión bibliográfica de publicaciones científicas en bases de datos como Medline, Wikipedia, así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros y descriptores como: estrés, laboral, sanitarios. También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

Las principales causas por las que un profesional del sector sanitario padece estrés son las siguientes:

- Una de las más importantes es el temor por el futuro, esto afecta de una manera importante a los profesionales que están con contratos eventuales, ya que en cualquier momento puede producirse un cambio de situación (como pérdida del empleo o modificaciones en su contrato).
- Por problemas personales como enfermedades o la muerte de un familiar o amigo.
- Largas jornadas de trabajo, cambios de turnos inesperados por los superiores.
- Mal ambiente laboral con los compañeros/as.

Los síntomas que pueden aparecer en los profesionales debido al estrés son de dos tipos y tanto unos como otros pueden provocar bajo rendimiento laboral:

Síntomas cognitivos:

- Preocupación, miedo o temor.

- Percepción negativa de uno mismo e inseguridad.
- Miedo a equivocarse y a la pérdida de control.
- Dificultad para concentrarse y llevar las tareas a cabo.

Síntomas físicos:

- Dolor de cabeza.
- Sudoración y palpitaciones.
- Dificultad para respirar.
- Mareo y náuseas.
- Tensión muscular.

Existen ciertas técnicas para prevenir la aparición del estrés en los profesionales del sector sanitario, algunas de ellas son:

- Identificar el motivo principal del estrés: esto puede llevarse a cabo de forma diaria y tomando nota de las situaciones que provocan esa situación.
- Realizar ejercicio físico: nuestro cuerpo durante la actividad, liberará endorfinas que harán que nos relajemos y nos sintamos bien.
- Conciliar la vida laboral y personal: este aspecto es también uno de los más importantes, la desconexión total de la vida laboral una vez finalice el turno es fundamental.
- Establecer objetivos: deberán ser objetivos realistas, que puedan llevarse a cabo, no metas imposibles y difíciles de conseguir.

En ocasiones, si no conseguimos eliminar el causante del estrés, este se vuelve crónico cuando el problema que se padece no parece tener salida, ocasionando episodios de ansiedad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los profesionales sanitarios como son los diplomados/as en enfermería deberán utilizar las herramientas necesarias para hacerle frente a las diferentes situaciones de estrés que se den a lo largo de su jornada laboral. El entorno laboral del medio hospitalario es un gran exponente para el desarrollo de un estrés elevado en este tipo de profesionales ya que están expuestos constantemente a situaciones duras como pueden ser tener que transmitir un diagnóstico grave a un paciente, dialogar y tratar con familiares en estado de nerviosismo y agitación, mal ambiente laboral entre compañeros y largas jornadas laborales con turnos rotatorios. Es muy importante que la persona pueda gestionar estas situaciones, para así de esta manera evitar que desemboque en un estrés crónico.

6 Bibliografía

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

Capítulo 51

ENFERMERÍA ANTE LA LECHE HUMANA VERSUS LECHE DE FÓRMULA FRENTE A LA ENTEROCOLITIS NECROSANTE EN EL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO

ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN

NURIA BARON ALMANSA

MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS

YOLANDA TRAPERO MORENO

YOLANDA TORRES ORTEGA

1 Introducción

El recién nacido pretérmino (RNPT) es aquel neonato que nace antes de las 37 semanas de gestación o antes de los 259 días contados a partir de la última menstruación materna. El término pretérmino no valora el grado de madurez del recién nacido (RN) como si lo hace el término prematuro, pero en la práctica ambos términos se usan indistintamente.

El RNPT presenta una serie de rasgos físicos y funcionales derivados de la inmadurez de sus órganos y sistemas, los cuales no se encuentran preparados para

la vida fuera del útero materno, y que condicionan un elevado riesgo de morbilidad, siendo mayor dicho riesgo cuanto menor es la edad gestacional. Las estrategias nutricionales que se llevan a cabo en el ámbito hospitalario tienen como objetivo aportar la energía necesaria para cubrir las necesidades metabólicas basales del RNPT y los altos requerimientos energéticos por posible enfermedad, además de conseguir un patrón de crecimiento y una composición corporal similar al de un feto con las mismas semanas de gestación, sin exceder sus capacidades metabólicas ni excretoras, contribuyendo así a un adecuado desarrollo neurológico.

La nutrición parenteral (NP) y la nutrición enteral (NE) serán las formas de alimentación del prematuro; la mayor parte de los RNPT, debido a su inmadurez gastrointestinal y neuromotora, reciben el aporte de nutrientes por vía parenteral en las primeras 24 horas de vida para cubrir los requerimientos proteicos, lipídicos, de glucosa, agua y electrolitos que recibían por vía transplacentaria en el útero materno, y que se han visto interrumpidos al nacer, evitando así su desnutrición temprana que significaría un aumento de los días de ingreso, del costo hospitalario, mayor riesgo de morbilidad y peor pronóstico de enfermedad de base.

Sin embargo, debido a las posibles complicaciones derivadas de una exposición prolongada a la NP, como infección relacionada con el catéter, el objetivo principal es iniciar lo antes posible, una nutrición enteral mínima o alimentación trófica por sonda nasogástrica u orogástrica con pequeñas cantidades de leche que contribuya al desarrollo gastrointestinal del RNPT, pues la inexistencia de alimento produce atrofia de la mucosa y de las vellosidades y reduce las enzimas necesarias para la digestión y la absorción de los nutrientes.

Cuando su estado clínico lo permita, el RNPT comenzará una transición progresiva desde la nutrición enteral mínima a la nutrición enteral total mientras se disminuye el volumen de NP hasta su suspensión definitiva. La NE se inicia con leche materna, leche donada de bancos o leche de fórmula para prematuros, y se mantendrá hasta que el RNPT sea capaz de mantener una sincronización de la succión, la deglución y la respiración, y tenga el vigor y la potencia para realizar tomas efectivas, ni muy largas ni excesivamente breves, consiguiendo así una nutrición oral satisfactoria.

La administración de nutrientes debe ser individualizada en el RNPT teniendo en cuenta su tolerancia, las necesidades relacionadas con su estado de desarrollo y las limitaciones impuestas por sus condiciones de salud.

En el caso de la enterocolitis necrosante (ECN), principal emergencia gastrointestinal en la etapa neonatal y cuya etiopatogenia aún se encuentra sin esclarecer

del todo, la prematuridad se considera el principal factor de riesgo en su desarrollo, dentro del origen multifactorial de esta enfermedad. La incidencia de ECN está inversamente relacionada con la EG y el peso del bebé al nacer; el diagnóstico de ECN ocurre, en el 90% de los casos, en RNPT.

La alimentación enteral y aspectos relacionados con el momento de inicio, el tipo de leche, el volumen y la velocidad con la que ésta se administra, son considerados, seguidamente a la prematuridad, factores evidentes y relevantes en el desarrollo y avance de esta patología.

La prematuridad lleva consigo una menor motilidad intestinal que motiva la estasis del alimento, el cual permanece más tiempo en el intestino, fomentando el sobrecrecimiento bacteriano; una barrera mucosa intestinal con unas estrechas uniones intercelulares que incrementan su permeabilidad, favoreciendo el paso de bacterias desde la luz intestinal al medio interno y la consecuente colonización bacteriana, y una inmadurez inmunológica que desencadena una menor defensa local frente a la adhesión de los agentes patógenos al epitelio intestinal. Además, las situaciones isquémicas a nivel intestinal, promovidas por estados de hipoperfusión, junto con la hipoxia neonatal generalizada y unos mecanismos de regulación del flujo vascular ineficaces, predisponen a una posible lesión intestinal del RNPT desencadenándose una respuesta inflamatoria que conduce al cuadro clínico característico de la ECN, con edema de la mucosa, apoptosis, necrosis y perforación intestinal en los casos más graves.

La ECN generalmente se presenta de forma insidiosa en el RNPT, cursando con signos y síntomas sistémicos inespecíficos y con un rango variable de gravedad. Lo más destacable a nivel gastrointestinal es el cambio en un patrón alimentario hasta ese momento adecuado, la aparición de restos gástricos, signo de intolerancia alimentaria, un abdomen doloroso y distendido, y la presencia de vómitos y sangre oculta en heces. El diagnóstico de ECN se realiza habitualmente siguiendo la clasificación de Bell por estadios, según las características de las manifestaciones clínicas, como se muestra en la imagen adjunta.

El tipo de leche que se administra al RNPT también está ligado a un mayor o menor riesgo de padecer ECN, debido a la diferente osmolaridad, composición y características de la leche materna y de la leche de fórmula, originándose un debate debido a la comparación que se realiza entre ambos tipos de leche.

2 Objetivos

Determinar la mejor opción de alimentación entre la leche humana, materna o donada, y la leche de fórmula, para reducir el riesgo de enterocolitis necrosante

en el recién nacido pretérmino.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: PubMed, Cochrane Library y Scopus, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Las palabras claves utilizadas para la búsqueda han sido las siguientes: enterocolitis necrosante, fórmula infantil, leche humana, lactancia materna, leche de fórmula, leche humana donada, nutrición enteral y recién nacido prematuro.

4 Resultados

Se seleccionan 8 artículos para su revisión final. Estos estudios, que se exponen a continuación, tienen su localización en Estados Unidos, España, Austria y Corea del Sur.

En el primer ensayo clínico aleatorio, controlado y multicéntrico realizado por Cristofalo et al., se registraron 53 RNPT con un peso comprendido entre los 500 y 1.250 gramos, que habían recibido NP dentro de las 48 horas siguientes a su nacimiento y NE antes de los 21 días de vida, y cuyas madres no tenían el deseo de proporcionar su propia leche.

Los bebés que habían recibido NE se designaron para recibir fórmula para prematuros a base de leche bovina, constituyéndose el primer grupo con 24 bebés, o una dieta exclusiva de leche materna fortificada con leche humana donada pasteurizada, constituyéndose el segundo grupo, con 29 bebés. Los dos grupos tenían características basales similares (EG, peso al nacimiento, distribución por sexo...). La ECN se determinó como enfermedad en el estadio II o III en la clasificación de Bell, y la intolerancia alimentaria fue definida en el estudio como restos gástricos superiores al 50% de la alimentación previa o superiores a los 2 ml/kg de peso; restos gástricos manchados de sangre y/o bilis; presencia de distensión o sensibilidad abdominal; cambios en el patrón o consistencia de las heces, existencia de sangre en éstas y por el número de días que la alimentación permaneció detenida. En el grupo alimentado con leche materna fortificada, en el cual solo se diagnosticó 1 caso de ECN médica (tasa de incidencia del 3%) y ningún caso de ECN que requiriera cirugía (tasa de incidencia del 0%). En el grupo que recibió fórmula a base de leche bovina se detectaron 5 casos de ECN médica (tasa de incidencia del

21%) y 4 casos de ECN quirúrgica (tasa de incidencia del 17%).

En el estudio de cohorte retrospectivo multicéntrico, realizado por Hair et al., se cotejan los resultados, relacionados con la morbilidad, de aquellos RNPT con un peso por debajo de 1.250 gramos alimentados con leche materna enriquecida con un fortificante bovino, o con fórmula para prematuros, con aquellos bebés alimentados exclusivamente con un protocolo de alimentación a base de leche humana.

La distribución quedó conformada de manera que 768 bebés se establecieron en el grupo que recibiría una alimentación a base de leche bovina, y 819 bebés en el grupo que recibiría una alimentación exclusiva a base de leche humana.

La ECN, determinada como enfermedad cuando se encuadraba en el estadio II o III en la clasificación de Bell, y la mortalidad, fueron los principales resultados evaluados en este estudio.

Los resultados relativos a la mortalidad y la ECN fueron estadísticamente significativos ($p < 0,05$). La tasa de mortalidad fue superior en los grupos alimentados a base de leche bovina, 17.2%, en comparación con la de los grupos que siguieron una dieta exclusiva a base de leche humana, 13.6%. La tasa de incidencia para la ECN fue del 16.7% en los grupos alimentado a base de leche bovina, y del 6.9% para los grupos alimentados con leche humana de forma exclusiva. En los grupos alimentados exclusivamente con leche humana, existieron menos casos de ECN tanto médica como quirúrgica.

En el estudio de cohorte retrospectivo realizado por Kim et al., se incluyeron 90 bebés con un peso al nacimiento inferior a los 1.500 gramos, con una EG por debajo de las 32 semanas y con características basales similares, distribuidos en dos grupos; por un lado se encontraban 36 bebés que habían recibido exclusivamente leche humana donada procedente de un banco de leche, y por otro lado se encontraban 54 bebés que habían sido alimentados con una combinación de fórmula para prematuros con leche materna o leche humana donada, antes de alcanzar un volumen de alimentación enteral de 130 ml/kg/día. El objetivo fue evaluar y comparar los resultados relativos al crecimiento y a la morbilidad entre ambos grupos de estudio.

En el grupo alimentado exclusivamente con leche humana donada no se detectó ningún caso de ECN, mientras que en el grupo que recibió fórmula se identificaron 5 casos, por lo que las tasas de incidencia para ambos grupos fueron del 0% y del 9.3% respectivamente. Además, se analizaron posibles variables de confusión para el resultado de ECN, como el sexo del bebé, la EG, la rotura prematura de membranas y la puntuación asignada en la prueba de Apgar a los 5 minutos de nacer.

En el ensayo clínico aleatorio, controlado y multicéntrico realizado por Sullivan et al., que tenía como objetivo valorar los beneficios de una dieta exclusiva a base de leche humana frente a una dieta combinada de leche humana con productos a base de leche bovina, se incluyó a 207 RNPT con un peso comprendido entre los 500 y 1.250 gramos, que habían recibido NE antes de los 21 días de edad, y NP dentro de las 48 horas posteriores al nacimiento.

Al inicio del estudio, todos los bebés recibieron leche de sus propias madres, pero difirieron en el tipo de fortificante que recibieron y en el tipo de leche que sustituyó a la leche materna si esta última no estaba disponible.

La aleatorización de los bebés derivó en 3 grupos de estudio. Dos de los grupos, HM100 (n=67) y HM40 (n=71), recibieron fortificante a base de leche materna donada pasteurizada cuando la ingesta enteral alcanzó un volumen de 100 ml/kg/día y 40 ml/kg/día, respectivamente. Ambos grupos recibieron leche humana donada si la leche materna no estaba disponible. El tercer grupo, BOV (n= 69), recibió un fortificante a base de leche bovina cuando el volumen de alimentación enteral alcanzó los 100 ml/kg/día, y fórmula para prematuros si la leche materna no estaba disponible.

Se midieron parámetros de crecimiento como el peso corporal, el perímetro cefálico y la talla de los bebés, y se evaluó la aparición de enfermedades como la displasia broncopulmonar, la sepsis de inicio tardío y la ECN, definida esta última como patología en el estadio II o III en la clasificación de Bell.

Se constató, para aquellos bebés que habían completado los 14 meses de estudio sin quebrar el protocolo de alimentación, que las tasas de incidencia de ECN fueron significativamente menores en los grupos HM100 y HM40, en comparación con los del grupo BOV: 1.7% (3 casos), 3.2% (5 casos) y 15.3% (11 casos) respectivamente.

De los 9 casos de ECN que requirieron cirugía, 7 ocurrieron en el grupo BOV, y 2 casos ocurrieron en dos bebés de los grupos HM100 y HM40, que habían recibido leche humana fortificada a base de leche bovina o fórmula para prematuros en violación del protocolo.

En el estudio cuasiexperimental, prospectivo y de intervención realizado por Sánchez et al., se tuvo como objetivo valorar el impacto de un nuevo protocolo de alimentación en la incidencia de ECN en RNPT con muy bajo peso al nacimiento, tras un incremento de los casos en el Hospital Regional Universitario de Málaga. Se analizó, como variable principal, la aparición de ECN grado II o III siguiendo la clasificación de Bell, en una población de estudio de 115 bebés, desde el 1 de mayo del 2012 hasta el 30 de abril del 2013, tras aplicar este nuevo régimen de alimentación que incluía, como tipo de leche recomendada, el calostro materno

o en su defecto, la leche de banco. Los resultados se compararon con un grupo de

155 bebés nacidos en el año 2011 con muy bajo peso, que recibieron en ausencia del nuevo protocolo, leche materna y/o fórmula para prematuros, lo que desencadenaba una colonización inicial del intestino que podía potenciar el desarrollo de esta patología digestiva.

La incidencia de ECN fue del 0.9% (1 caso) en la cohorte en la que se inició el nuevo protocolo de alimentación, frente a una incidencia del 7.7% (12 casos) en la cohorte que no siguió dicho protocolo ($p=0.008$). El único caso de ECN mencionado, sucedió en un bebé que no siguió las indicaciones del nuevo protocolo, y en el que se inició una NE con fórmula por no disponer de leche de donante en ese momento.

En el estudio de cohorte prospectivo realizado por Sisk et al., se incluyó a 202 RNPT con muy bajo peso al nacimiento repartidos en dos grupos según la proporción de leche humana recibida en los primeros 14 días de vida. El grupo que recibió un volumen de leche humana inferior al 50% respecto al volumen total ingerido de alimentación enteral estaba formado por 46 bebés (Grupo 1), y el grupo que recibió un volumen de leche humana superior al 50% del volumen total ingerido de alimentación enteral estaba constituido por 156 bebés (Grupo 2).

El resultado primario de interés en el estudio fue el diagnóstico de ECN grado II o III según la clasificación por estadios de Bell.

En el Grupo 1 se detectaron 5 casos de ECN, y en el Grupo 2 también se descubrieron 5 casos de ECN, lo que representa una incidencia del 10.9% frente al 3.2%, respectivamente. No existieron diferencias entre ambos grupos de estudio respecto al volumen total de alimentación enteral ingerido antes del inicio de la enfermedad (952 ± 206 ml en el Grupo 1, frente a 1.005 ± 348 ml en el Grupo 2). Se controlaron variables de confusión como la EG, el síndrome de distrés respiratorio, el sexo masculino, la terapia prenatal con esteroides en la madre, la presencia de corioamnionitis, las puntuaciones asignadas en la prueba de Apgar a los 5 minutos de nacer y el día de vida en el que el RNPT se alimentó por primera vez. Únicamente, la ingesta de un volumen de leche materna superior al 50% del volumen total ingerido de alimentación enteral se asoció con un menor riesgo de ECN.

En el estudio de casos y controles y de comparación de cohortes llevado a cabo por Stout et al., se planteó como objetivo determinar cuáles eran los factores de riesgo y las prácticas de alimentación relacionadas con el desarrollo de ECN en los RN ingresados en cualquiera de las UCIN del sistema de atención médica Intermountain Healthcare, diagnosticados de ECN en estadio II o III según la

clasificación de Bell en los primeros 7 días de vida.

Los 21 RN (19 RNPT y 2 RN a término) con ECN (casos) se compararon con 215 RN que no desarrollaron la patología digestiva (controles). Tanto los casos como los controles fueron seleccionados en el mismo hospital, en el mismo periodo de tiempo (± 3 meses) y tenían la misma EG (± 1 semana).

El tipo de alimentación administrada se registró desde el nacimiento hasta el momento del diagnóstico de ECN para los casos, y desde el nacimiento hasta los primeros 7 días de vida para los controles.

De los 21 casos, ninguno había recibido una dieta exclusiva a base de leche humana, 8 (38%) habían recibido una dieta exclusiva a base de leche de fórmula y 13 (62%) habían recibido una dieta combinada de leche humana con leche de fórmula.

De los 215 controles, 54 (25%) habían recibido una dieta exclusiva a base de leche humana, 37 (17%) habían recibido una dieta exclusiva a base de leche de fórmula y 121 (56%) habían recibido una dieta combinada de leche humana con leche de fórmula.

Estos datos representan que ninguno de los bebés con ECN fue alimentado exclusivamente con leche humana, pero esta dieta sí fue bastante usual entre aquellos bebés que no desarrollaron la enfermedad. Además, la alimentación a base de leche de fórmula queda significativamente representada entre aquellos bebés con ECN, mientras que es menos frecuente en los controles.

En el estudio de cohorte retrospectivo realizado por Huston et al., se incluyeron todos los RNPT con un peso comprendido entre los 500 y 1.250 gramos que ingresaron en la UCIN durante su primera semana de vida, desde enero del año 2007 hasta diciembre del año 2011. Todos ellos se distribuyeron en 3 grupos para el análisis: un grupo constituido por aquellos que recibieron leche de fórmula o leche materna fortificada con fortificante de origen bovino ($n=93$); un grupo constituido por aquellos que recibieron leche materna suplementada con leche humana donada ($n=224$), y un grupo constituido por aquellos que recibieron una dieta exclusiva de leche materna ($n=44$).

Uno de los resultados primarios de interés en este estudio fue la incidencia de ECN, definida como enfermedad en el estadio II o III en la clasificación de Bell. La incidencia de ECN en estadio II fue del 8.6% en los RNPT alimentados con leche de fórmula o leche materna fortificada con fortificante de origen bovino, del 4.9% en los RNPT alimentados con leche materna suplementada con leche humana donada y del 2.3% para el grupo alimentado con una dieta exclusiva a base de leche materna. La incidencia de ECN en el estadio III, fue de 4.3%, 2.7% y 2.3% para los mismos grupos, respectivamente.

5 Discusión-Conclusión

Al evaluar los resultados de los estudios, se objetiva que la incidencia de ECN es mayor en los RNPT que reciben leche de fórmula, en comparación con los RNPT alimentados ya sea con leche materna fortificada con leche humana donada de banco; con leche materna o leche donada exclusivamente, o con leche humana en un volumen superior al 50% del volumen total de alimentación enteral. Por tanto, y tras analizar en diversos estudios variables de confusión para el resultado de interés como la raza, la recepción de esteroides prenatales, la puntuación asignada al nacer en la prueba de Apgar y la edad a la que se alcanza la primera alimentación enteral, se objetiva que una alimentación basada en el consumo exclusivo de leche humana disminuye el riesgo de padecer ECN en el RNPT, por lo que esta revisión bibliográfica respalda la lactancia materna y alenta a establecer bancos de leche de donantes como alternativa al uso de la leche de la propia madre en la nutrición del prematuro.

6 Bibliografía

1. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller A et al. Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health* [Internet]. 2013 [consultado el 1 de diciembre de 2018]; 10(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-S1-S2>.
2. García González S, Duarte González L, Mejías Paneque MC. Afrontamiento de la familia ante el nacimiento de un hijo prematuro. *NureInvest* [Internet]. 2014 [consultado el 3 de diciembre de 2018]; 11 (69). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4740160>.
3. Alarcón Allen A. Prematuridad. En: Moro Serrano M. Málaga Guerrero S. Madero López L. *Tratado de Pediatría*. Vol 1. 11ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 162-172.
4. Purisch SE, Gyamfi-Bannerman C. Epidemiology of preterm birth. *Elsevier* [Internet]. 2017 [consultado el 26 de noviembre de 2018]; 41(7): 387-391. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2017.07.009>.

Capítulo 52

TAREAS DEL ENFERMERO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

MARTA MARÍN RUIZ

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

CRISTINA DONAIRE RIVERA

1 Introducción

La atención primaria es un componente fundamental del sistema de atención médica que se enfoca en proporcionar servicios de salud preventivos, promocionales y de atención básica a las comunidades y a los individuos en el primer nivel de contacto con el sistema de salud. Su principal objetivo es promover la salud, prevenir enfermedades, tratar afecciones comunes y coordinar la atención médica integral.

En la atención primaria, los profesionales de la salud, como médicos de familia, enfermeros y trabajadores sociales, juegan un papel crucial al brindar servicios de atención integral y continua. Esto implica:

Promoción de la salud y prevención de enfermedades: Los proveedores de atención primaria trabajan en la educación de la población sobre hábitos saludables y realizan exámenes de detección temprana para prevenir enfermedades.

Atención de afecciones comunes: Diagnostican y tratan enfermedades y afecciones comunes, como infecciones respiratorias, enfermedades crónicas leves y lesiones menores.

Coordinación de la atención: Actúan como coordinadores de la atención médica, asegurándose de que los pacientes reciban la atención adecuada y tengan acceso a especialistas cuando sea necesario.

Manejo de enfermedades crónicas: Proporcionan seguimiento y manejo continuo para pacientes con enfermedades crónicas, como diabetes o hipertensión.

Referencias y derivaciones: Refieren a pacientes a especialistas o a niveles superiores de atención cuando se necesitan evaluaciones o tratamientos más especializados.

La atención primaria es esencial para garantizar que las comunidades tengan acceso equitativo a servicios de salud de calidad y para reducir las disparidades en la salud. Además, fomenta la relación de confianza entre los pacientes y los proveedores de atención médica, lo que mejora la atención y la satisfacción del paciente. En resumen, la atención primaria es la base del sistema de salud y desempeña un papel fundamental en la promoción y el mantenimiento de la salud de la población.

2 Objetivos

Conocer las funciones del enfermero en el servicio 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

Los enfermeros desempeñan un papel esencial en la atención primaria, que es la primera línea de contacto de los pacientes con el sistema de salud. Aquí se

describen sus funciones clave en este entorno:

Evaluación de la Salud: Los enfermeros en atención primaria realizan evaluaciones de la salud de los pacientes. Esto incluye la revisión de historias clínicas, la toma de signos vitales y la recopilación de información sobre síntomas y antecedentes médicos para identificar problemas de salud.

Educación y Promoción de la Salud: Proporcionan educación a los pacientes y a la comunidad sobre prácticas de salud preventiva, estilos de vida saludables y el manejo de enfermedades crónicas. Fomentan la prevención y el autocuidado.

Vacunación: Administran vacunas y actualizan los registros de vacunación para proteger a la población contra enfermedades prevenibles.

Detección Temprana y Pruebas de Diagnóstico: Realizan pruebas de detección de enfermedades como diabetes, hipertensión o cáncer, y derivan a los pacientes para diagnósticos adicionales cuando es necesario.

Manejo de Enfermedades Crónicas: Proporcionan seguimiento y educación a pacientes con enfermedades crónicas, ayudándoles a controlar sus condiciones y mejorar su calidad de vida.

Cuidado de Heridas y Lesiones Menores: Tratan heridas, quemaduras, cortes y lesiones menores, brindando atención inmediata y recomendaciones para su cuidado en el hogar.

Coordinación de la Atención: Actúan como coordinadores de la atención, colaborando con otros profesionales de la salud, como médicos y especialistas, para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada y sigan sus planes de tratamiento.

Apoyo Emocional: Brindan apoyo emocional a los pacientes y sus familias, especialmente en momentos de enfermedad o crisis. Escuchan preocupaciones y ofrecen consejos y recursos.

Gestión de Casos: Gestionan casos de pacientes con múltiples necesidades médicas y sociales, asegurándose de que reciban los servicios necesarios, como atención domiciliaria o asistencia social.

Seguimiento y Prevención de Enfermedades Transmitidas por Vectores: En áreas con riesgo de enfermedades transmitidas por vectores, como el dengue o el zika, los enfermeros pueden llevar a cabo campañas de prevención y control.

En resumen, los enfermeros en atención primaria son fundamentales para promover la salud, prevenir enfermedades y brindar atención integral a las comunidades. Su enfoque en la atención preventiva y el cuidado continuo contribuye significativamente a mejorar la salud y el bienestar de las personas. Además, desempeñan un papel crucial en la detección temprana de problemas de salud y en la coordinación de la atención médica en general.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios futuros en las tareas del enfermero en el servicio de atención primaria deben enfocarse en áreas cruciales para mejorar la atención y promover la salud comunitaria. Uno de los aspectos clave es la investigación sobre la gestión de la carga de trabajo y la optimización de la atención de enfermería en entornos de atención primaria, ya que esto puede afectar directamente la calidad de la atención y la satisfacción del paciente.

Además, se deben llevar a cabo investigaciones sobre la integración de la tecnología en la atención primaria, como la telemedicina y sistemas de registro electrónico de salud, para mejorar la eficiencia y la coordinación de la atención.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades son áreas importantes a explorar, incluyendo estrategias de educación comunitaria y participación activa de enfermeros en programas de salud pública.

Finalmente, el bienestar emocional del personal de enfermería y la gestión del estrés también son temas cruciales a investigar para garantizar la satisfacción laboral y la retención del personal en la atención primaria. Estos estudios futuros pueden contribuir a una atención primaria más efectiva y centrada en el paciente.

6 Bibliografía

1. Torres Esperón, M., Dandicourt Thomas, C., & Rodríguez Cabrera, A. (2005). Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(3-4), 0-0.

Capítulo 53

TAREAS DEL ENFERMERO EN EL ÁREA DE LA CAMPAÑA DE CITOSTÁTICOS

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

MARTA MARÍN RUIZ

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

CRISTINA DONAIRE RIVERA

1 Introducción

Una "campaña de citostáticos" se refiere a un esfuerzo organizado y planificado para administrar citostáticos, que son medicamentos utilizados en el tratamiento del cáncer para detener o reducir la proliferación de células cancerosas. Estas campañas se realizan en entornos médicos, como hospitales o clínicas oncológicas, y son fundamentales para garantizar que los pacientes reciban un tratamiento eficaz y seguro.

Las campañas de citostáticos implican varios pasos clave:

Preparación Segura: Los citostáticos son potencialmente peligrosos, por lo que se deben seguir estrictas medidas de seguridad durante su preparación. Esto incluye el uso de equipo de protección personal (EPP) y áreas de trabajo especializadas.

Administración Controlada: Los enfermeros y farmacéuticos capacitados administran los citostáticos a los pacientes siguiendo protocolos específicos y dosis calculadas con precisión.

Seguimiento y Monitoreo: Después de la administración, se monitorea cuidadosamente la respuesta del paciente y los efectos secundarios para ajustar el tratamiento según sea necesario.

Educación al Paciente: Los profesionales de la salud proporcionan información detallada a los pacientes sobre el tratamiento, sus posibles efectos secundarios y medidas de autocuidado.

Gestión de Residuos: Se gestionan de manera segura los residuos de citostáticos y materiales contaminados para prevenir la exposición no deseada.

Coordinación Integral: Las campañas de citostáticos implican una coordinación estrecha entre médicos, enfermeros, farmacéuticos y otros profesionales de la salud para garantizar que el tratamiento se realice de manera eficaz y segura.

Atención de Apoyo: Los pacientes también pueden recibir atención de apoyo, como terapia de cuidados paliativos o psicológicos, para mejorar su calidad de vida durante el tratamiento.

Estas campañas son fundamentales en la lucha contra el cáncer, ya que permiten una administración precisa de medicamentos que pueden ser vitales para controlar o eliminar la enfermedad. La seguridad y la precisión en la administración de citostáticos son de suma importancia para minimizar efectos secundarios y maximizar la eficacia del tratamiento, lo que puede marcar una diferencia significativa en la vida de los pacientes oncológicos.

2 Objetivos

Exponer las tareas del enfermero en la campaña de citostáticos.

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 preparación de citostáticos es una parte crítica de la administración segura y efectiva de estos medicamentos utilizados en el tratamiento del cáncer. Los enfermeros desempeñan un papel esencial en este proceso, asegurando que se sigan protocolos rigurosos para minimizar los riesgos asociados con estos fármacos altamente potentes. Aquí se describen las funciones clave del enfermero en la preparación de citostáticos en la campana:

Verificación de la Receta Médica: El enfermero debe verificar la receta médica, asegurándose de que esté completa y correcta. Esto incluye confirmar la dosis y la vía de administración.

Preparación en un Entorno Especializado: La preparación de citostáticos debe realizarse en un área de trabajo especializada que cumpla con las normas de seguridad, equipada con campanas de flujo laminar para evitar la dispersión de partículas y proteger al personal de la exposición.

Uso de Equipo de Protección Personal (EPP): Los enfermeros deben vestirse con EPP adecuado, que incluye batas, guantes, gafas protectoras y mascarillas, para protegerse de la exposición a los citostáticos.

Medición y Mezcla Precisa: Se requiere una medición y mezcla extremadamente precisas. Los enfermeros deben calcular la dosis correcta y mezclar los citostáticos según las instrucciones médicas.

Etiquetado Adecuado: Los envases que contienen citostáticos deben etiquetarse con información esencial, incluyendo el nombre del medicamento, la dosis, la fecha de preparación y el nombre del paciente.

Verificación por Pares: Es común que otro enfermero o profesional verifique la preparación de los citostáticos para garantizar la exactitud y la seguridad del proceso.

Control de Residuos: Los materiales utilizados en la preparación, como jeringas y agujas, deben manejarse y desecharse de manera segura como residuos peligrosos.

Documentación Detallada: Se debe llevar un registro meticuloso de la preparación de citostáticos, incluyendo cualquier desviación o problema que surja durante el proceso.

Comunicación con el Paciente: Los enfermeros explican el procedimiento a los pacientes, incluyendo los efectos secundarios esperados, y responden a sus preguntas y preocupaciones.

Seguimiento y Monitoreo: Después de la administración, los enfermeros deben monitorear cuidadosamente al paciente en busca de efectos secundarios y reportar cualquier reacción adversa al equipo médico.

La preparación de citostáticos es una tarea delicada que requiere atención meticulosa a los detalles y un enfoque en la seguridad del paciente y del personal de salud. Los enfermeros desempeñan un papel crucial en garantizar que los citostáticos se administren de manera precisa y segura, contribuyendo significativamente al éxito del tratamiento oncológico y al bienestar de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios futuros en las tareas del enfermero en el área de la campana de citostáticos son fundamentales para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal de salud. Se deben enfocar en aspectos como la optimización de los procedimientos de preparación y administración de citostáticos, investigando nuevas tecnologías y sistemas de control de calidad para reducir el riesgo de errores.

Además, es esencial investigar las estrategias de manejo de efectos secundarios y toxicidad de los citostáticos, así como la educación del paciente sobre estos medicamentos y sus posibles impactos en su calidad de vida.

La investigación en la prevención de la exposición ocupacional a estos agentes tóxicos y la evaluación de las medidas de seguridad en a campana de citostáticos también debe ser un enfoque continuo.

6 Bibliografía

1. Zabalegui Yáñez, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. Aquichan, 3(1), 16-20.

Capítulo 54

PROMOCIÓN DE LA SALUD MEDIANTE EL MODELO DE ACTIVOS

LAURA CLIMENT SUÁREZ

GEMMA FERNANDEZ PARDO

1 Introducción

La predominancia de las enfermedades crónicas, vinculadas a los estilos de vida, la influencia de los comportamientos en la morbilidad y la mortalidad, y la importancia creciente de los determinantes de la salud, han favorecido que se empiece a focalizar la atención en la promoción y la prevención de la salud.

El modelo de activos surge como respuesta ante las limitaciones de los modelos tradicionales de prevención basados en los déficits, con una perspectiva patogénica (centrada en la evitación de la enfermedad) y de escasa eficacia para aumentar los niveles de salud de las comunidades.

Se basa en la teoría de la salutogénesis, término cuyo significado es “génesis de la salud”, siendo considerada como un nuevo paradigma que se centra en cómo podemos mantenernos sanos y cuáles son los factores implicados en la salud humana y el bienestar.

En cambio, la visión patogénica tradicional se pregunta por qué enfermamos y los factores que causan la enfermedad.

El modelo de activos supone, como indican algunos de los principales impulsores del proyecto, el aporte de una perspectiva de salud que fomenta que las comunidades reorienten su mirada al contexto y se centren en aquello que mejora la salud y el bienestar, potenciando la equidad en salud.

2 Objetivos

- Conocer el papel de enfermería en la promoción de la salud basada en activos.
- ☒- Describir el modelo de activos en salud y su metodología de trabajo.
- ☒- Describir la aplicación y el impacto del modelo de activos en la promoción de la salud.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos en las principales bases de datos (PubMed, Scielo, Medline) mediante el uso y combinación de palabras clave.

Palabras clave: Promoción de la Salud, Salutogénesis, Activos para la Salud, Determinantes de Salud y Enfermería.

4 Resultados

Desde hace ya algunas décadas, y de forma progresiva, los patrones de enfermedad de muchos países han ido cambiando y se ha pasado de la predominancia de las enfermedades transmisibles (o infecciosas) a las no transmisibles (o crónicas). En las enfermedades crónicas, dado que no hay factores patógenos intervinientes en su inicio y desarrollo, los investigadores han volcado su atención hacia un amplio espectro de factores de riesgo. Este hecho, junto con el envejecimiento de la población, los incrementos en los costes que el cuidado de la salud poblacional supone y todos los datos disponibles que vinculan el comportamiento con el riesgo de morbilidad y mortalidad, han favorecido que se empiece a focalizar la atención en la prevención y la Promoción de la Salud (PS).

A esto se une la importancia, cada vez mayor, que se está dando a los determinantes de la salud, especialmente, los determinantes sociales de la salud. Se define el concepto de determinantes de la salud como “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o las poblaciones”.

Actualmente se dispone de multitud de evidencia que pone de relieve que el estado de salud de las personas muestra una gran relación, no solo con los estilos de vida o patrones de comportamiento, sino también con su nivel socioeconómico y las condiciones de vida. Por ello, la PS necesariamente tiene que incluir tanto acciones encaminadas directamente a potenciar las habilidades y capacidades de

los individuos que les permitan lograr estilos de vida más saludables, como medidas dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

A partir de la teoría de la Salutogénesis se ha desarrollado la PS basada en activos. El concepto de activo para la salud ha sido definido como “cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud”.

Según con qué se relacionen los activos para la salud, éstos se pueden dividir en varios niveles o categorías:

Activos de los individuos: aquellas aportaciones que hacen las personas de manera individual para mejorar la comunidad, es decir, habilidades, conocimientos, tiempo, intereses...

Activos de las asociaciones: comprende los servicios proporcionados por las organizaciones a nivel local e incluye tanto a las personas que los prestan como los espacios físicos en los que se desarrollan. Algunos ejemplos son los servicios sociales, centros educativos, centros sanitarios, policía local...

Activos físicos: relacionados con la presencia en la comunidad de espacios verdes destinados al paseo o la realización de deporte, así como también los edificios donde se lleve a cabo la realización de ejercicio físico.

Activos económicos: son los negocios, empresas y comercios locales.

Activos culturales: relacionados con la música, el teatro, el cine, las bibliotecas...

Las enfermeras están contribuyendo de una manera importante al desarrollo del modelo de activos para la salud, proporcionando ayuda a las personas para que maximicen el control sobre su salud

El personal de enfermería ha de poseer conocimientos profundos sobre las personas, las familias y la comunidad, así como de las interacciones que se producen entre ellos. También ha de conocer los servicios que ofrece la comunidad y los recursos disponibles. Finalmente, es función de la enfermera ser capaz de intervenir en órganos de salud pública, identificando los elementos de la comunidad que influyen, tanto positiva como negativamente, en la salud de la población.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones más destacadas se pueden resumir en varios puntos:

1. Conocer y utilizar los activos disponibles en la comunidad supone una oportunidad para potenciar la salud y el bienestar tanto de usuarios como de pacientes. No implica estar enfermos para hacer uso de ellos.

2. La utilización de activos promueve a los individuos a ser sujetos activos, implicados en la producción de salud y bienestar, dejando de lado la idea de ser simples receptores de servicios.
3. El trabajo con activos supone trabajar en las necesidades, identificando aquellas que más pueden satisfacer tanto a los individuos como a la comunidad.
4. Un reto importante para los profesionales sanitarios es acercar el modelo a la población para conseguir que sean capaces de aprovechar todos los recursos disponibles.
5. El modelo aún se encuentra en investigación. Los activos abarcan un campo en el que todavía queda mucho trabajo por hacer, pero con esfuerzo y dedicación generarán resultados positivos en salud.

6 Bibliografía

1. Suárez O, Cofiño R. Guía ampliada para la recomendación de activos (“prescripción social”) en el sistema sanitario [Internet]. Oviedo: Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad; 2017 [citado 5 de marzo de 2020]. Disponible en: https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/guia_ampliada_af.pdf.
2. Organización Mundial de la salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: OMS [Internet]. 1978. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.
3. Seah B, Espnes GA, Ang ENK, Lim JY, Kowitlawakul Y, Wang W. Supporting the mobilization of health assets among older community dwellers residing in senior-only households in Singapore: a qualitative study. *BMC Geriatr*. diciembre de 2020;20(1):411.
4. Seguí-Gómez M, Ruiz-Canela M, Zazpe-García I. Educación para la salud. En: Martínez- González MA, coordinador. *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas*. España: Elsevier. 2013;297-302.

Capítulo 55

LA CARGA DE TRABAJO, LA FATIGA, LA INSATISFACCIÓN LABORAL Y EL AMBIENTE DE TRABAJO EN ENFERMERÍA

ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO

ANA ISABEL MOLINA MATITO

AMPARO GOMEZ ESPINOSA

VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO

IRENE CAMACHO RODRIGUEZ

1 Introducción

El trabajo es la actividad física o mental que las personas realizan para conseguir un objetivo o satisfacer unas necesidades, mediante la producción de bienes y servicios.

El trabajo trae asociada una carga de trabajo y nos riesgos. Será necesario conocer las medidas de prevención para evitarlos.

Además, se deberá de saber que la fatiga y la insatisfacción laboral son factores que pueden afectar al trabajador y deberemos de saber identificarlo y prevenirlo, pero evitar consecuencias negativas sobre el trabajador y sobre la empresa. Son factores que siempre están presentes en cualquier actividad laboral que se desarrolle.

Un ambiente favorable de trabajo será clave para favorecer al trabajador una mayor comodidad y haga el trabajo más efectivo para este.

La carga de trabajo en el personal de enfermería se debe a las necesidades de atención al paciente. Una correcta cobertura de las necesidades de personal puede mejorar las cargas de trabajo.

La carga de trabajo es diferente dependiendo de la unidad de atención hospitalaria. El uso de sistemas de clasificación de pacientes puede ser útil para medir las cargas de trabajo en enfermería. Estos sistemas evalúan el grado de complejidad del paciente en relación al cuidado de enfermería. La carga de trabajo se relaciona con la seguridad del paciente.

2 Objetivos

- Definir la carga de trabajo, la fatiga y la insatisfacción laboral
- Identificar los factores de riesgo y mejorar el ambiente de trabajo.

3 Metodología

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

4 Resultados

A continuación se exponen los diferentes puntos:

- LA CARGA DE TRABAJO

Para la realización del trabajo humano es necesaria una energía y unas cualidades determinadas. Es un riesgo presente en todas las actividades laborales que se llevan a cabo.

La carga de trabajo se define como el conjunto de requerimientos físicos y psicológicos a los que el trabajador se ve sometido en su jornada laboral.

Podemos hablar de carga física ó carga mental.

Existen dos puntos de vista para evaluarlos:

- El punto de vista objetivo: puede ser medido como por ejemplo el tiempo dedicado a la tarea

- El punto de vista subjetivo: depende del valor que pueda darle el propio trabajador y no puede ser medido.

- LA CARGA FÍSICA

Podemos definir la carga física como el total de requerimientos físicos que desarrolla un trabajador en su jornada laboral.

Será necesario desarrollar la postura en el trabajo, los esfuerzos físicos y la manipulación de cargas.

• La postura en el trabajo:

Deberemos determinar si el trabajador desarrolla su actividad laboral sentado o de pie o si debe adoptar posturas forzadas.

Posturas forzadas conllevan un aumento del cansancio, hacen el trabajo más pesado y en un plazo de tiempo pueden tener como consecuencias problemas de salud en el trabajador.

El trabajo sentado suele ser más cómodo, pero deberemos tener en cuenta diferentes elementos.

El trabajo de pie conlleva una sobrecarga en la espalda, los hombros y los músculos de las piernas.

Para evitar problemas posturales en el trabajo que realizamos sentados el tronco deberá de mantenerse recto en relación al plano de trabajo y lo más cerca de este que se pueda.

La mesa de trabajo y la silla donde realizamos nuestro trabajo también son factores importantes que contribuyen al bienestar del trabajador.

El asiento y el respaldo regulable son detalles a tener en cuenta. Un aumento de la comodidad se conseguiría colocando un reposapiés.

Mantener la misma postura durante mucho tiempo puede llegar a ser pesado y por ello se recomienda cambiar de postura y levantarse de vez en cuando en el caso de tener que trabajar sentado.

Hacer caminatas breves, estirar los músculos para reducir la tensión, no cruzar los pies y que estos toquen el piso sino no existe opción de reposapiés.

• La manipulación de cargas

Será necesario disponer de equipos mecánicos para el transporte de las cargas. En caso de no disponer de ellos será necesario que la técnica de levantamiento de cargas será correcta.

Así mismo se deberá de informar al trabajador de la manera correcta de realizar el manejo y el levantamiento de cargas.

La distancia a recorrer, la forma de cargar y las características individuales del trabajador serán factores a tener en cuenta.

La manera correcta de levantar cargas será con la espalda recta y serán las piernas las que realizarían el esfuerzo. Para ellos deberemos de tener en cuenta:

- Los pies deben de estar bien apoyados
- Ambos pies separados entre sí uno del otro.
- Será la rodilla y cadera las que flexionemos
- Mantendremos la espalda recta en todo momento
- La carga deberá de quedar lo más cerca posible del cuerpo
- Distribuiremos la carga con las dos manos.

- Los esfuerzos físicos

Toda actividad que precise un esfuerzo físico será necesario realizarla de manera correcta de manera que los músculos utilizados puedan optimizarse lo máximo posible.

Factores como la constitución física, el estado de salud o la edad son factores a tener en cuenta a la hora de realizar esfuerzos físicos.

Existen dos tipos de actividad muscular, la actividad estática y la dinámica.

La estática existe un esfuerzo muscular mantenido en el tiempo y la dinámica son esfuerzos periódicos de actividad y relajación.

Una actividad será más dura cuanto mayor será el consumo de energía que requiera para realizarse.

- LA CARGA MENTAL

Podemos definir la carga mental como el esfuerzo a nivel cerebral que tiene que realizar una persona para poder desarrollar una tarea.

La carga mental puede afectar al trabajador dificultando o evitando que pueda ejercer una tarea determinada. Está relacionada con agentes estresantes.

Cada trabajador le puede dar subjetivamente un valor.

La carga mental viene definida por las características propias de la persona como son:

- La experiencia
- La edad
- La complejidad de la tarea
- El tiempo que tiene para realizarla
- La cantidad de información que debe tener en cuenta para realizar la tarea.

- LA FATIGA

La fatiga laboral suele relacionarse con actividades excesivas y con el trabajo repetitivo o monótono. Afecta directamente al rendimiento.

Horarios, periodos de descanso, tiempo para el sueño, la alimentación puede facilitar que no aparezca.

Puede aparecer de diferente manera en el trabajador, pudiendo ser diferente el modo de aparición:

- Fatiga general
- Fatiga física
- Fatiga mental
- Fatiga sensorial
- Fatiga crónica:

Las causas que pueden producir la fatiga laboral son múltiples:

- Condicionantes mentales: Situaciones de alta responsabilidad, preocupaciones constantes y conflictos pueden generar en el trabajador ansiedad y estrés y esto a su vez la fatiga.
- Antecedentes de salud del trabajador: Enfermedades y dolores crónicos pueden causar fatiga laboral ya que pueden afectar a su productividad en el trabajo.
- La repetición de las tareas: Realizar constantemente la misma actividad puede tener como consecuencia el aburrimiento, la desmotivación y la fatiga. Terminaría produciendo desinterés en la tarea.
- Duración de la actividad laboral. A mayor duración mayor fatiga. De esto la importancia del descanso.
- La intensidad de la actividad laboral. Actividades que requieren un mayor esfuerzo físico y mental pueden producir fatiga y cansancio en el empleado.
- El ambiente físico donde se desarrolla la actividad laboral: Factores como la temperatura, el ruido o la luz pueden afectar a la fatiga del trabajador. Temperaturas elevadas o muy bajas, lugares mal ventilados, ruidos o falta de luz pueden afectar negativamente al trabajador.
Estos factores aumentan el cansancio y disminuyen la atención. Disminuiría nuestro rendimiento físico y por tanto la productividad del trabajo.
- Mala alimentación: La falta de una alimentación equilibrada, deshidratación pueden afectar al rendimiento del trabajador y genera fatiga.

La fatiga puede producir en el trabajador un conjunto de síntomas en diferentes

planos:

- Síntomas físicos: astenia, debilidad, mareos, náuseas, taquicardia, sudoración ó alteración del sueño son reacciones fisiológicas que pueden aparecer con la fatiga laboral.
- Síntomas conductuales: La fatiga reduce el rendimiento y aumenta el número de errores. Desmotivación, reducción de la productividad, descuido de la higiene personal, absentismo laboral o comportamientos agresivos o pasivos por parte del trabajador son algunos de los síntomas conductuales.
- Síntomas psicofísicos: Factores como el estrés, la ansiedad, el estado de ánimo, el desinterés por el trabajo o la sensación de falta de orden y control.

La fatiga es compleja ser medida ya que es un parámetro muy subjetivo y en función de la persona puede tener diferente valor. Además, suele crearse tolerancia frente a ella y convertirla en lo habitual.

Las medidas preventivas para la fatiga van enfocadas desde el punto de vista individual y el organizacional.

La fatiga tiene consecuencias tanto en el plano laboral como personal del trabajador.

Es un riesgo para la empresa que la fatiga se mantenga debido a que esta afecta negativamente disminuyendo la calidad del trabajo, la cantidad de trabajo, se reducen objetivos, metas y con ello disminución de ingresos.

La fatiga laboral suele relacionarse con desmotivación, insatisfacción y puede tener como consecuencia que el trabajador pueda buscar otras opciones laborales y con ello una rotación de personal que afecta directamente al coste empresarial ya que esto conlleva capacitar, reclutar y formar a nuevos empleados.

Si nuestro trabajo es delante de un ordenador pueden aparecer síntomas de fatiga:

- Dolor de cabeza
- Ojos irritados
- Visión borrosa
- Dificultad de enfoque
- Visión doble ocasional
- Alteración en la percepción del color
- Dificultad de ver a larga distancia tras el uso prolongado del monitor.

Como recomendaciones para evitar la fatiga visual con el uso del ordenador tenemos:

- Parpadear de manera frecuente.
- Hacer descansos
- Ajustar el brillo de la pantalla

- Trabajar texto negro con fondo blanco.
- Bajar la temperatura del monitor.

- LA INSATISFACCIÓN LABORAL

La insatisfacción laboral puede definirse como la respuesta negativa del trabajador a su trabajo. Un trabajo es satisfactorio para la persona cuando este tiene un sentido cuando lo realiza, se mantenga iniciativa y la creatividad de la persona y se le dé al trabajador cierto grado de capacidad de decisión y autonomía.

El trabajo en sí es una manera de realización personal y hace que la persona se sienta útil en la sociedad en la que vive.

Para muchas personas el trabajo aporta sentido a su vida, aumenta su autoestima y sienten que su trabajo es útil para la sociedad y encuentran un reconocimiento social. A través del trabajo también nos relacionamos con otras personas.

En muchos casos supone una fuente de satisfacción donde la persona cubre sus expectativas y logran tener una independencia económica.

Sin embargo, en muchos casos también es una fuente de insatisfacción donde el trabajador no encuentra opciones compatibles o maneras de cubrir su deseo laboral.

Existen múltiples factores que pueden producir insatisfacción laboral:

- El ritmo de trabajo
- La jornada de trabajo
- Falta de responsabilidad
- Falta de comunicación
- Puesto de trabajo
- El salario laboral bajo
- La estabilidad laboral
- Circunstancias personales y laborales

A todo trabajador le gusta sentirse reconocido y valorado por el trabajo que realiza. Cuando a un trabajador se le ignora o no es feliz haciendo su trabajo, no se le tiene en cuenta para la realización de las tareas puede terminar por sufrir insatisfacción laboral.

El trabajador debe de saber que su trabajo es importante y de ser así será más fácil que ponga su empeño en conseguir mejores resultados.

Como medidas preventivas para evitar la insatisfacción laboral encontramos múltiples. No deberemos olvidar que la mejor opción será actuar sobre la organización en el trabajo mediante:

- La comunicación efectiva.
- La participación con el resto del equipo de trabajo.
- Flexibilidad de horarios de trabajo.
- La rotación en el puesto de trabajo.
- Creación de grupos semiautónomos.
- Una correcta retribución económica en relación a las tareas realizadas.
- Creación de un adecuado ritmo de trabajo.

- EL AMBIENTE FISICO DEL TRABAJO

El ambiente físico incluye desde el aparcamiento en el trabajo, la ubicación o el diseño del edificio. Destaca también la iluminación, el ruido o el lugar de trabajo de cada empleado.

Un puesto de trabajo muy retirado o sin fácil acceso puede producir una actitud negativa al trabajador.

Existen una serie de factores físicos, químicos y biológicos que pueden producir riesgos en el trabajador.

La empresa deberá de favorecer un ambiente y unas condiciones adecuadas para el empleado. Algunas de las recomendaciones son:

- Evitar la discriminación
- Garantizar elementos de saneamiento básico en el puesto de trabajo.
- Disposición de maquinarias, equipos, herramientas y útiles de trabajo.
- Adaptar la organización y funciones del trabajador.
- Facilitar el auxilio inmediato del trabajador en caso de lesión o enfermedad.
- Evitar cualquier peligro al trabajador que pueda asociarse a la actividad laboral.

Factores físicos que afectan al trabajador:

- Ventilación

Existen distintos tipos de ventilación:

- La ventilación natural (mediante una apertura del local con ventanas o puertas)
- La ventilación forzada (Mediante el uso de ventiladores para conseguir la renovación del aire en el puesto de trabajo) Estos sistemas dependerán del número de personas que ocupe la zona de trabajo, las condiciones físicas del puesto de trabajo y además las condiciones climáticas exteriores.

- Iluminación

Una iluminación indeficiente reduce la calidad del trabajo y a largo plazo puede producir en el trabajador alteraciones visuales.

A su vez una iluminación excesiva o de mayor intensidad produce errores también y puede producir en el trabajador fatiga visual y disminución visual.

La fuente de luz puede clasificarse en función de su naturaleza en:

- Luz natural (la luz solar)

- Luz artificial (por ejemplo, la emitida por una linterna)

En función de la distribución de la luz podemos encontrar :

- Iluminación directa

- Iluminación indirecta

- Iluminación semi- directa

- Iluminación semi-indirecta

En cuanto a los tipos de iluminación encontramos:

- Iluminación general: es la que se utiliza de manera uniforme para todo el edificio.

- Iluminación localizada: Facilita una mayor iluminación en una zona determinada debido a que las tareas deben realizarse con mayor precisión.

- Suplementarias: Se usan cuando es necesario un refuerzo en un lugar determinado.

- De emergencia: Deben de estar siempre presentes.

En cuanto a los efectos de una iluminación deficiente encontramos:

- Aumento de alteraciones visuales.

- Aumento del riesgo de accidentes laborales.

- Aumento del número de errores en nuestra tarea laboral.

- Ruido

El ruido es un factor estresor. El ruido mantenido puede producir fatiga y disminuir el rendimiento del trabajador. Además, puede producir irritabilidad y una reducción de la tolerancia a la frustración.

Este ruido puede ser constante (se mantiene durante todo el periodo de medición), fluctuante (fluctúa durante todo el período de medición) o impulsivo (presenta ruido de corta duración, pero de gran intensidad).

Para evitar el ruido podemos actuar de tres maneras:

- Sobre la fuente: mediante el mantenimiento o el remplazo de máquinas.
- Sobre el ambiente: Mediante el uso de materiales absorbentes o mediante el aislamiento de equipos que produzcan mucho ruido.
- Sobre el hombre: Mediante la protección auditiva personal. Mediante el uso de distintos dispositivos protectores auditivos que usaremos como barrera acústica para reducir la cantidad de ruido que llegaría. Suelen ser tapones u orejeras.

Que el ruido sea más o menos nocivo depende de diferentes factores como son:

- Nivel de intensidad
- El tiempo de exposición
- La frecuencia del ruido
- El intervalo entre exposiciones

Los problemas que pueden producir en el trabajar la existencia de ruido son:

- Trauma acústico: producido por un ruido único de corta duración, pero de gran intensidad, por ejemplo, una explosión.
- Hipoacusia neurosensorial: se produce por una exposición crónica a ruidos de no muy alta intensidad, pero mantenidos en el tiempo.
- Música

Escuchar música durante el trabajo puede ser beneficioso para el trabajador ya que aumenta el rendimiento de este y reduce el estrés. Puede motivar al trabajador, aumentar su moral y crear un mejor entorno de trabajo.

Deberemos de tener en cuenta que el volumen será lo suficiente bajo para poder escuchar el teléfono o si alguien llama en caso de usarse en una sala y evitar que el sonido se transmita a otras.

Si se comparte sala con más trabajadores deberemos usar auriculares.

- Temperatura y humedad

Son factores que afectan al estado de ánimo, a la capacidad de trabajo, calidad de este y al bienestar mental y físico del trabajador.

Temperaturas bajas pueden producir estrés térmico, confusión, pérdida de concentración y pérdida de coordinación.

5 Discusión-Conclusión

Debido al resumen expuesto se hace necesario el estudio de la carga de trabajo, el ambiente laboral determinar los factores que influyen en el trabajo de enfermería y en el desarrollo de sus funciones. Será necesario la identificación de problemas para prevenir enfermedades relacionadas con el trabajo como son entre otras el cansancio físico y mental.

El cansancio juega un papel clave, ya que va asociado a un aumento de errores y disminuye el ritmo de trabajo.

La empresa deberá de evaluar los diferentes riesgos existentes y suprimirlos al trabajador.

Una de las mejores recomendaciones para prevenir la fatiga consiste en la organización del tiempo de trabajo de manera que se permitan realizar pausas.

Las medidas de mejora serán tanto individuales, grupales y sociales. A nivel organizacional será importante el desarrollo de medidas de prevención dirigidas a mejorar el ambiente de trabajo y la realización del mismo.

6 Bibliografía

1. Taurá PB. La carga de trabajo La fatiga y la insatisfacción laboral. GENERALITAT VALENCIANA. Conselleria d'Economia, Indústria, Turisme i Ocupació Institut Valencià de Seguretat i Salut en el Treball INVASSAT - Centre de Documentació Web: www.invassat.es.

Correu-e: secretaria.invassat@gva.es

2. de Salud Laboral IN. Unidad didáctica 3 RIESGOS POR CARGA, FÍSICA O MENTAL, DE TRABAJO [Internet]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/74D4E0EE-0BD0-43E1-91BC-235B883C85B1/0/m2ud3.pdf>

3. Autores: Olga Sebastián García y Ma Angeles del Hoyo Delgado Centro Nacional de Nuevas Tecnologías. Madrid Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. LA CARGA MENTAL DE TRABAJO [Internet]. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/96076/carga+mental+de+trabajo/2fd91b55-f191-4779-be4f-2c893c2ffe37>

4. Delegación del Rector para la Salud, Bienestar social y Medio Ambiente Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y Medicina del Trabajo.

FATIGA LABORAL: CONCEPTOS Y PREVENCIÓN [Internet]. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2013-02-18-1-FATIGA%20LABORAL.%20CONCEPTOS%20Y%20PREVENICI%C3%93N.pdf>

5. Nicho Mendoza, J. M. M., Medina Catiri, B. A., Salas Icho, J., Juarez Sanchez, G., & Huasco Martel, J. (s/f). [Carta a PSICOLOGÍA INDUSTRIAL . INGENIERIA INDUSTRIAL]. <https://es.slideshare.net/marioperezcticse/ambiente-fsicodeptrabajo>

6. Marcos Rolando Villafuerte Mera reddeinvestigacionrik@fundacionkoinonia.com. ve Universidad Técnica de Manabí Ecuador <https://orcid.org/0000-0002-7275-7972> Steven Zevallos Cobeña reddeinvestigacionrik@fundacionkoinonia.com. ve Universidad Técnica de Manabí Ecuador <https://orcid.org/0000-0001-5155-0887> Maritza Maldonado Vera reddeinvestigacionrik@fundacionkoinonia.com. ve Universidad Técnica de Manabí Ecuador <https://orcid.org/0000-0002-5513-2137> Marcos Vences Centeno reddeinvestigacionrik@fundacionkoinonia.com. ve Universidad Técnica de Manabí Ecuador <https://orcid.org/0000-0002-7275->. (17 de abril de 2019). Calidad de ambiente físico en el entorno de trabajo. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí. Ecuador. <https://doi.org/10.35381/s.v.v3i6.313>

7. CROEM. (s/f). CARGA MENTAL: FACTORES DE RIESGO ERGONÓMICO Y SUS MEDIDAS PREVENTIVAS. <https://portal.croem.es/prevergo/formativo/4.pdf>

8. Angel Lara Ruiz. Centro Nacional de Nuevas tecnologías. Instituto Nacional de seguridad e Higiene en el trabajo. (2019). La carga mental de trabajo. <https://saludlaboralydiscapacidad.org/wp-content/uploads/2019/05/La-Carga-Mental-de-trabajo.pdf>

9. Gladys Rolo González, D. D. C. y. E. H. F. (s/f). Desarrollo de una Escala Subjetiva de Carga Mental de Trabajo (ESCAM). <https://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/trabajo/tr2009v25n1a4.pdf>

10. Carga física de trabajo. (s/f). https://previpedia.es/index.php/Carga_f%C3%ADsica_de_trabajo

11. Ricardo Chavarría Cosar Ingeniero Técnico Eléctrico CENTRO NACIONAL DE CONDICIONES DE TRABAJO-BARCELONA. (s/f). NTP 177: La carga física de trabajo: definición y evaluación. https://www.insst.es/documents/94886/326801/ntp_177.pdf/83584437-a435-4f77-b708-b63aa80931d2

12. Hernández-Morquecho KG. Evaluar para gestionar recursos. Análisis de la literatura sobre la carga laboral en enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2016;24(3):217- http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/rt/printerFriendly/184/288

Capítulo 56

ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA A PACIENTES INMOVILIZADOS

MARIA LUISA ROMERO ALONSO

ISABEL RUESCAS CALLEJA

DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES

1 Introducción

La atención programada a pacientes por parte de la enfermería y del equipo médico en su domicilio se realiza a aquellos que están inmovilizados. Un paciente inmovilizado es aquel que se encuentra en la cama la mayor parte del día y que solo puede abandonarla con ayuda de un cuidador.

Hemos seleccionado el programa de inmovilizados, ya que nos parece interesante analizarlo y poder enseñarlo a los profesionales sanitarios, sobre todo al equipo de enfermería de los centros de salud. Es importante conocer los criterios de inclusión y exclusión de inmovilizados, puesto que hemos observado un desconocimiento general acerca del tema, de este modo pretendemos ampliar conocimientos a los profesionales y facilitar estrategias de valoración con el desarrollo de una valoración de enfermería como ejemplo.

La elección del tema se basa en el hecho de que se incluyen en este programa personas que no deberían estarlo. Al mismo tiempo, también se ve influenciado por el criterio de cada profesional, y la demanda de algunos pacientes. Esto se

traduce en una sobrecarga de trabajo para el personal enfermero y médico. Por ello creemos que deben realizarse protocolos para que estos factores no afecten a dicho criterio.

Por todo ello vemos necesario realizar un programa de inmovilizados y una sesión sobre dicho programa.

Nuestro objetivo general es que el equipo de profesionales del centro de salud y consultorios periféricos conozcan mejor las características de este programa y lo apliquen en la práctica clínica. De este modo se podrá estandarizar los criterios y los cuidados enfermeros sobre los pacientes inmovilizados.

2 Objetivos

- Conocer el programa de atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.
- Aplicar los criterios de inclusión o exclusión de este programa.
- Realizar una valoración de enfermería como ejemplo.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicos como PubMed, CINAHL y Scopus. Se utilizaron palabras clave como "criterios de inclusión", "enfermería comunitaria", "inmovilizados", "atención domiciliaria" y "intervenciones de enfermería". Se seleccionaron artículos publicados escritos en inglés y español, y se demostró la relevancia y calidad científica de los mismos.

4 Resultados

La captación al programa la realizará el médico, enfermera y/o trabajador social y una vez realizada incluiremos al paciente en el programa mediante los criterios de inclusión y de exclusión. Si incluimos al paciente, lo siguiente sería realizarle su correspondiente seguimiento.

Seguimiento del paciente una vez incluidos en el programa de atención domiciliaria en pacientes inmovilizados:

En la primera visita al domicilio en la historia clínica quedará siempre registrado el motivo de inclusión, revisándose, al menos, trimestralmente. Las pautas de

actuación son:

- Situación socio familiar.
- Presencia ausencia del cuidador. Aquí valoraremos la sobrecarga de este mediante la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.
- Problemas de salud, la valoración se realizará siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Diagnóstico de los problemas de salud del paciente.
- Tratamiento farmacológico.
- Estado de la nutrición, se utilizará para valorar, conozca su salud nutricional de Mini Nutritional Assessment Test.
- Control de esfínteres.
- Estado de la piel y mucosas, usaremos la escala de Braden.
- Estado de conciencia, usaremos para valorarlo la escala de Glasgow.
- Presencia/ ausencia de síntomas físicos.
- Valoración funcional para las actividades de la vida diaria, mediante el índice de Katz o el de Barthel.

Los niveles de autonomía son:

- Nivel 1: invalidez física, psíquica o funcional que deambulan con ayuda.
- Nivel 2: deambulan con ayuda y precisan sondaje
- Nivel 3: encamados sin autonomía y con sondaje.
- Nivel 4: pacientes con sondaje, fluidoterapia, deterioro orgánico importante y úlceras.

En función de los problemas identificados anteriormente, quedará registrado en la historia del paciente durante los tres primeros meses, y se realizará un Plan de Cuidados, que incluirá:

- Problemas identificados.
- Objetivos de enfermería.
- Intervenciones y/o actividades en función de los problemas identificados y objetivos fijados.

Este plan de cuidados deberá ser reevaluado trimestralmente y si se detecta un inmovilizado con alto riesgo o con un nivel 4 de autonomía, se realizará mensualmente.

A continuación, expondremos un caso clínico de un paciente que ha sido incluido en el programa de inmovilizados, ya que presenta problemas para desplazarse al

centro de salud, con tiempo previsible mayor a dos meses. Después de haber realizado una primera valoración en su domicilio, se procederá a realizar el primer seguimiento.

Paciente varón de 82 años (al que llamaremos José) con antecedentes de obesidad e HTA, que tras sufrir un ICTUS presenta hemiplejia derecha, afasia, incontinencia fecal y urinaria, disfagia funcional que ha precisado la colocación de una sonda de gastrostomía y úlceras por presión de estadio III en talón izquierdo y II en sacro. Tras el alta hospitalaria regresa a su domicilio, donde convive con su mujer.

Tratamiento farmacológico:

Betabloqueantes, estatinas, benzodiacepinas, analgésicos si procede, control de insulina, y anticoagulantes.

Realizamos la escala de Gijón: Obtenemos un resultado entre 12 y 14: Riesgo social.

Al realizar el test de Zarit: Sobrecarga del cuidador.

Al valorar los 11 patrones de Marjory Gordon:

Percepción de la salud: alterado

Nutricional/metabólico: Patrón alterado

Eliminación: Patrón alterado

Actividad/ejercicio: Patrón alterado

Sueño y descanso: Patrón eficaz.

Cognitivo/perceptivo: Patrón alterado.

Autopercepción/autoconcepto: Patrón con alto riesgo de ser alterado.

Rol/relaciones: Patrón con alto riesgo de alteración

Sexualidad/reproducción: No precede valorar.

Tolerancia al estrés: Patrón alterado.

Valores/creencias: Patrón eficaz.

Escala de Washington:

Riesgo de malnutrición y continuación de evolución.

Control de esfínteres:

Incontinente doble.

Con la escala de Arnell:

El paciente presenta malnutrición. Incontinencia doble, II, y sensibilidad de piel disminuida. La puntuación es mayor a 12 puntos, por lo que presenta un riesgo de úlcera en decúbito.

Estado de conciencia con la escala de Glasgow:

No presenta alteración del nivel de conciencia. Puntuación 15.

Presencia de síntomas físicos:

Hemiplejía derecha, afasia, incontinencia doble y úlceras por presión.

Índice de Barthel:

Es incapaz de comer, necesita ayuda importante para poder sentarse, necesita ayuda con el aseo personal y en la higiene, ya que se la realizan en cama, es dependiente en el uso del retrete, es independiente con una silla de ruedas, incapaz de bajar escaleras y dependiente para vestirse.

El valor obtenido es de 78. El paciente es dependiente para las actividades de la vida diaria.

Diagnósticos NANDA de los problemas de salud del paciente.

Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C falta de conocimientos sobre la cantidad de líquido requerida.

Riesgo de infección R/C procedimiento invasivo: sonda de gastrostomía.

Deterioro de la mucosa oral R/C conocimientos deficientes sobre la higiene oral adecuada.

Deterioro de la comunicación verbal R/C disminución de la circulación cerebral M/P dificultad para formar palabras.

Riesgo de cansancio del rol de cuidador R/C falta de conocimientos y experiencia.

Deterioro de integridad cutánea R/C pérdida de continuidad de la piel.

5 Discusión-Conclusión

El programa de atención domiciliaria a pacientes inmovilizados es muy sistemático, ya que se debe hacer uso de muchas valoraciones y escalas, si se hace una buena praxis de ellas quedarían incluidos realmente los pacientes que reúnen los requisitos.

Uno de los problemas encontrados es que este proceso de selección es que al ser tan laborioso requiere mucho tiempo y los profesionales tienden a acortarlo. A su vez, hay muchos casos en los que se confunde la asistencia domiciliaria con el

programa de inmovilizados cuando es diferente, ya que un domicilio puede ser a demanda y un inmovilizado es programado.

En el caso clínico expuesto como ejemplo y tras haber realizado todas las valoraciones y con el uso del criterio enfermero, consideramos que paciente sigue siendo apto para estar en el programa de inmovilizados, recibiendo una visita mensual debido a su estado de riesgo visto en los diagnósticos NANDA y una revisión trimestral del plan de cuidados.

6 Bibliografía

1. Barragán- Pérez A, Escribano- Sabater C, Gomís- Cebrián R, et al. Cartera de Servicios de la Región de Murcia. Servicio murciano de salud. Internet. 2007 [Citado 29 de octubre 2023]. [Aprox. 493 p.]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/153131-cartera_sms.pdf
2. Valverde- Jimenez C. Programa de atención al anciano de atención primaria. Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM). 2013
3. Gordon M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3^a Ed. Madrid: Mosby/ Doyma, 1996.
4. Martín- Zurro A, Cano- Pérez J. Manual de Atención Primaria. 2^a E. Barcelona: Doyma; 1989.
5. López- Picazo Ferrer J, Cánovas- García J, Tomás- García N, et al. Proceso de Atención Primaria en el área I (Murcia Oeste). 1^a Ed. Murcia: Unidad de Calidad Asistencial Área I Murcia Oeste, Hospital Clínico Universitario Virgen e la Arrixaca. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Política Social; 2013.

Capítulo 57

EL ALZHEIMER. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

IRENE LOPEZ DE LA RIVA

1 Introducción

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa, registrada dentro de las demencias, en la cual la pérdida de memoria es el síntoma más claro e importante. La causa principal de esta enfermedad es una pérdida continua de un neurotransmisor, la acetilcolina, de nuestro cerebro. Este neurotransmisor, la acetilcolina, es el encargado de la comunicación nerviosa y de la mayoría de actividades mentales como, por ejemplo, la memoria y el aprendizaje. Al disminuir sus valores la comunicación entre células nerviosas comienza a fallar y la persona desarrolla los primeros síntomas como pueden ser la falta de memoria, pensamientos difusos, etc.

Esta enfermedad tiene una forma de presentación insidiosa. Es el tipo de demencia más común en la población mayor. A pesar de su inicio insidioso, su evolución es muy lenta y desesperante. Debido a esta evolución tan lenta, la esperanza de vida no se puede calcular adecuadamente, ya que varía mucho en función de la persona, la media es de 7 años. Su incidencia se incrementa con la edad y suele ser más frecuente en mujeres.

Consta de tres etapas que detallaremos más adelante, pero es una enfermedad incapacitante que llega a hacer al enfermo totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria.

2 Objetivos

Conocer las diferentes fases de la enfermedad de Alzheimer

Descubrir las variables de tratamientos que hay para poder tratar esta enfermedad.

3 Metodología

Para la redacción de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes artículos y libros referentes al tema tratado. Para la búsqueda de toda esta información se ha recurrido a bases de datos como Pubmed, Scielo y Elsevier; además también se han utilizado buscadores como Dialnet y google académico. Las palabras clave utilizadas han sido: Alzheimer, demencia y etapas.

4 Resultados

Durante la enfermedad de Alzheimer el paciente sufre tres etapas. Cada una de ellas tiene unas características bastante significativas.

1. Primera etapa. Es el inicio de la enfermedad. Comienzan los fallos de memoria, principalmente se olvidan de las cosas recientes. También se asocia una falta de concentración, por ejemplo, durante una reunión familiar el paciente está ausente. Es una etapa difícil, ya que el paciente empieza a tener fallos que, ni él ni su familia comprenden y puede llegar a ser una situación deprimente para él. En esta etapa todavía es independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

2. Segunda etapa. Durante esta etapa comienzan las dificultades, el paciente se vuelve más dependiente. Empiezan los fallos de comunicación.

3. Tercera etapa. El paciente se vuelve totalmente dependiente.

Esta enfermedad suele presentarse a partir de los 80 años, pero esto no significa que no haya casos en los que se desarrolle a edades tempranas. Cuanto más joven es el paciente, más rápido suele avanzar la enfermedad. Estos casos tempranos son los minoritarios y hay estudios en los que indican que puede ser de origen hereditario.

Normalmente, lo primero que vemos afectado es la memoria, concretamente la memoria episódica.

El tratamiento de esta enfermedad está enfocado en tres niveles: tratamiento farmacológico, que es el primordial, tratamiento funcional y rehabilitador y el tratamiento psicológico, tanto para el paciente como para sus cuidadores.

Con el tratamiento farmacológico lo que tratamos de conseguir es mejorar la capacidad cognitiva del paciente, es decir, paliar esos defectos cognitivos que producen esta enfermedad. Actualmente los fármacos de elección son los inhibidores de la acetilcolinesterasa que actúan mejorando esos defectos y además mejoran la conducta y la evolución del paciente. Cada tratamiento es individual, no funciona por igual en todos los pacientes. Si el paciente tiene trastornos de la conducta, que es muy común, los fármacos que se suelen asociar a estas patologías son antidepresivos o tranquilizantes.

El tratamiento funcional es algo muy importante en este tipo de pacientes debido a que a medida que avanza la enfermedad llegan a quedarse rígidos e inmóviles. Si iniciamos un buen tratamiento funcional y/o rehabilitador podemos conseguir alargar la aparición de esa incapacidad más tiempo.

En cuanto al tratamiento psicológico, es muy importante proporcionar apoyo emocional y orientación a la familia. Explicarles qué es la enfermedad, que síntomas tiene, cómo va a evolucionar...ya que es algo nuevo que les puede causar angustia, depresión y/o otro trastorno psicológico que sea negativo para la evolución favorable del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El Alzheimer es una de las demencias mas incapacitantes que existen. Dentro de sus tres etapas la perdida de memoria es el síntoma principal asociado a muchos otros, llegando a desarrollar una incapacidad total siendo totalmente dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria.

El tratamiento principal es el farmacológico, ya que es el que nos ayuda a controlar la aparición de los síntomas y poder convivir con ellos de manera más llevadera. También es muy importante el tratamiento funcional que nos ayuda a poder retrasar en el tiempo la incapacidad para realizar las actividades básicas por sí solos. Y, por último, el tratamiento psicológico.

6 Bibliografía

1. Donoso Archibaldo. La enfermedad de Alzheimer. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2003 nov [citado 2021 Sep. 06] ; 41(Suppl 2): 13-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003041200003>.
2. Pérez Martínez Víctor T. Demencia en la enfermedad de Alzheimer: un enfoque integral. Rev cubana Med Gen Integr [Internet]. 2005 Ago [citado 2021 Sep. 06]

; 21(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300017&lng=es.

Capítulo 58

REVISIÓN SISTEMÁTICA COMPARANDO EL USO DE LA POVIDONA YODADA Y LA CLORHEXIDINA ALCOHÓLICA

JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO

ELENA MOROTE CUMPLIDO

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

1 Introducción

La infección del sitio quirúrgico (ISQ) es un problema frecuente que produce preocupación tanto al paciente como a los médicos y los sistemas de salud. Durante la historia se han establecido estrategias para controlar este problema.

Joseph Lister considerado el “padre de la cirugía moderna”, introdujo la antisepsia usando el ácido carbólico, porque dedujo que las infecciones de las heridas provenían de microorganismos bacterianos.

La antisepsia se define como el proceso por el cual se eliminan los microorganismos que se hallan en la piel o mucosas mediante productos químicos, son aplicables al personal que realizara el procedimiento como al paciente que se le realizara.

Las infecciones del sitio quirúrgico se consideran como infección nosocomial y se define como aquella que aparece en la herida quirúrgica o cerca de ella, habiendo pasado al menos 30 días desde la intervención o 90 días si hay implantes.

Existen varios factores de riesgo que pueden producir la infección del sitio quirúrgico y que hay que conocer, para realizar las medidas preventivas oportunas y disminuir la incidencia, para intentar evitar su aparición.

En la actualidad los antisépticos más usados para la desinfección son la clorhexidina alcohólica y la povidona yodada, cuya elección va con el conocimiento que tenga el cirujano de la eficacia.

En este trabajo vamos a realizar una revisión sistemática de artículos donde se compare el uso de ambos antisépticos y ver si hay alguna diferencia en su eficacia.

2 Objetivos

-Comparar la eficacia de la clorhexidina alcohólica con la povidona yodada para la prevención de la infección del sitio quirúrgico.

-Valorar si existe alguna diferencia relevante en la eficacia de la clorhexidina alcohólica frente a la povidona yodada.

3 Metodología

Se realiza revisión bibliográfica en base de datos como PubMed, Cochrane, Google Académico y Dialnet buscando las palabras clave: infección del sitio quirúrgico, asepsia, antisepsia, clorhexidina, povidona y enfermería.

Se usaron artículos comprendidos entre 2019 y 2023.

Se excluyeron aquellos artículos que no haya intervención de enfermería.

4 Resultados

Las infecciones del sitio quirúrgico se pueden dividir en distintas capas según el tejido afectado en superficial, profunda o de órganos. Para el control de las infecciones del sitio quirúrgico se estableció unas medidas preventivas identificando los factores de riesgo de infección, los cuales son importantes reconocer para prevenir e implementar acciones que disminuyan la incidencia de la patología.

Los factores de riesgo los dividimos en, factores endógenos que son aquellos que son difícil o imposible controlar en el preoperatorio y engloban las enfermedades crónicas, el envejecimiento, el hábito tabáquico, tratamiento con corticoides y

malnutrición. Los factores exógenos son aquellos en los que se pueden influir por medio externo y engloban el uso de prótesis, el tiempo quirúrgico, la estancia hospitalaria y el grado de contaminación de la herida.

Con la prevención se identifican los factores de riesgo y se aplican las medidas para disminuir la patología. Algunas de las acciones es reducir el tiempo de ingreso, control de las enfermedades crónicas, cribado de *S. Aureus*, profilaxis antibiótica, eliminación del vello adecuadamente y lo que nos incube en este trabajo que es, la preparación de la piel con antiséptico.

Actualmente, los antisépticos más utilizados son la clorhexidina y la povidona yodada, los cuales, aun con las recomendaciones de las sociedades quirúrgicas, crean controversia en su uso, no habiendo consenso entre los profesionales sobre cuál es el más eficaz para cada procedimiento quirúrgico.

La povidona yodada es un compuesto halogenado que actúa con la liberación lenta del yodo, produciendo la oxidación de las proteínas en los microorganismos y muerte celular. Es eficaz frente a bacterias Gram positivas, Gram negativas, hongos y virus. Su duración es de 2-3 horas, aunque en estudios actuales se habla de 30-60 minutos.

El uso de la povidona yodada está indicada para la preparación de la piel, para canalización de accesos venosos, lavado de manos quirúrgico y para intervenciones quirúrgicas de oído, mucosas y ojos. Se debe evitar su uso en alérgicos al yodo, alteraciones tiroideas, en tratamiento con litio, lactantes, neonatos, pacientes con patología renal, embarazadas y en lactancia, ya que puede absorberse a través de la piel y salir por la leche. No se debe usar en quemaduras graves o grandes heridas abiertas, porque puede producir efectos adversos.

Algunos inconvenientes son irritación de la piel y la eficacia se disminuye al contacto con materia orgánica y se requiere tiempo de actuación.

La clorhexidina es un compuesto de binguanida que modifica la permeabilidad de la membrana celular y es eficaz para bacterias Gram positivas, Gram negativas, levaduras y virus. Es de baja toxicidad y mantiene su efectividad aun habiendo contacto con materia orgánica.

El efecto de la clorhexidina empieza a los 20 segundos tras aplicación y su efecto se prolonga hasta 6 horas.

Se utiliza para la desinfección de la piel antes de procedimientos invasivos e intervenciones quirúrgicas y lavado de manos quirúrgico, puede usarse en embarazadas, lactantes y neonatos.

No es recomendable su uso en meninges, sistema nervioso central, ojo, oído, mucosas y piel no indemne.

5 Discusión-Conclusión

Con la realización de esta revisión sistemática hemos concluido que comparando los antisépticos más usados en la práctica quirúrgica, la clorhexidina es el antiséptico de elección por la mayoría de profesionales en la mayoría de cirugías, frente a la povidona yodada, que es más usada en cirugías, como la ótica, donde no puede usarse la clorhexidina, debido a que se observa una menor incidencia de la infección del sitio quirúrgico.

Además, se puede apreciar que los efectos adversos son menores utilizando la clorhexidina.

También se puede llegar a la conclusión, que una correcta preparación de la piel, tanto con clorhexidina como con povidona yodada, disminuye el riesgo de una infección del sitio quirúrgico en combinación con una buena preparación pre quirúrgica previniendo los factores de riesgo exógenos.

6 Bibliografía

Bibliografía

1. Escudero AP. Efectividad de la Povidona yodada en la preparación de la piel para intervención quirúrgica. Universidad de Valladolid; 2023.
2. Martínez T, Eg S, Rf S, Castillo SF, Mg N, Carvajal-Balaguera J, et al. 53 ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE CLORHEXIDINA ALCOHÓLICA 2% TIN-TADA CON APLICADOR Y POVIDONA YODADA EN LA PREPARACIÓN DEL CAMPO QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA LIMPIA DE PARED ABDOMINAL (HER-NIA UMBILICAL Y EVENTRACIÓN) [Internet]. Reiq.es. [citado el 30 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.reiq.es/ESP/pdf/REIQ22.2.2019.pdf>
3. Yasmina Tatiana Martinez Vera Raquel Nelly Rosales Clemente. EFECTIVI-DAD DE LA ANTISEPSIA DE LA PIEL CON CLORHEXIDINA COMPARADO CON OTROS ANTISÉPTICOS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN PACIENTES QUE REQUIERAN DEL CÁTETER VENOSO PERIFÉRICO. Univer-sidad Norbert Wiener; 2019.
4. Fernandez SEMH. ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN UN PABELLÓN DE CIRUGÍA COMPARANDO LA EFECTIVIDAD ENTRE CLORHEXIDINA Y POVIDONA. Universidad de Chile; 2020.
5. Rodríguez Nájera GF, Camacho Barquero FA, Umaña Bermúdez CA. Factores de riesgo y prevención de infecciones del sitio quirúrgico. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2020;5(4):e444. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/>

[sinergia/rms-2020/rms204j.pdf](#)

Capítulo 59

INSUFICIENCIA CARDIACA: REHABILITACIÓN CARDIACA

MARIA LASHERAS CACHO

LAURA LOPEZ BLASCO

SARAY JIMENEZ ALAVA

CLAUDIA LERIN PEREZ

VERONICA DÍAZ ROSILLO

1 Introducción

La insuficiencia cardiaca es una patología crónica y degenerativa del corazón. Fue descrita por primera vez en el año 1933 por Lewis, quien la definió como la incapacidad del corazón de descargar la totalidad de su contenido de forma correcta. Este concepto se ha ido cambiando a lo largo del tiempo hasta la actualidad, que se determina como una afección donde el corazón no es capaz preservar un volumen minuto satisfactorio para favorecer el retorno venoso y saciar las demandas de los tejidos. Es decir, el corazón no es capaz de bombear sangre suficiente al resto de cuerpo, por un desequilibrio entre la capacidad contráctil músculo cardíaco y las necesidades del organismo. Esto desencadena un fallo ventricular por una alteración primaria de la función miocardio o secundaria a procesos sistémicos.

La insuficiencia cardiaca se considera un síndrome que presenta síntomas como falta de aire, cansancio, dificultad para respirar tumbado, fatiga, signos del mal

funcionamiento del corazón (edemas en piernas y abdomen, entre otros sitios) y de ruidos como estertores. Esta patología disminuye la esperanza de vida del paciente, traducida en una menor calidad de vida del enfermo y mayor posibilidad de hospitalización.

Actualmente, en los países occidentales se considera una de las enfermedades más frecuentes, costosas, letales e incapacitantes. En España causa alrededor de 74.000 hospitalizaciones al año, siendo una de las principales causas de ingreso en personas mayores. En nuestro país llega a considerarse la tercera causa de muerte cardiovascular, suponiendo un 15% de todas las muertes cardiovasculares, donde la supervivencia es del 50% a los 5 años del diagnóstico.

Las principales causas de la insuficiencia cardiaca son los siguientes:

- Cardiopatía isquémica: se produce cuando las arterias coronarias sufren un estrechamiento, provocando la disminución o incluso el impedimento del flujo de sangre, reduciendo así el aporte de oxígeno.
- Miocardiopatías: son aquellas dolencias que afectan al músculo cardiaco. Se caracterizan por la dilatación y la pérdida de fuerza de miocardio
 - ☒ Miocardiopatía hipertensiva (producida por la hipertensión no controlada)
 - ☒ Miocardiopatía diabética (causada por la diabetes)
 - ☒ Miocardiopatía hipertrófica
 - ☒ Miocardiopatía alcohólica (por abuso en el consumo de alcohol)
 - ☒ Miocardiopatía dilatada idiopática (cuando se desconoce el origen)
 - ☒ Miocarditis (inflamación del músculo cardiaco)
 - ☒ Miocardiopatía restrictiva.
- Valvulopatías: se producen por el fallo en alguna de las válvulas del corazón, lo que provoca que este órgano no sea capaz de compensar el fallo de estas, creando un incremento de latidos y de resistencia.
- Arritmias: Cualquier tipo de arritmia puede originar una insuficiencia cardiaca.

Los factores predisponentes con mayor incidencia son diabetes, tabaquismo, dislipemia, obesidad y sedentarismo, entre otros muchos. También podemos distinguir factores que facilitan desarrollar una insuficiencia cardiaca, destacando, la falta de adherencia al tratamiento, las infecciones graves (neumonía o septicemia), daño cerebral, el postoperatorio de una cirugía mayor, la gestación, fallo renal, asma, la drogadicción, el alcoholismo. Todos ellos tienen en común que pueden producir una sobrecargar el volumen circulatorio, el aumento de la presión sanguínea o incremento de las demandas corporales.

La insuficiencia cardiaca, una vez diagnosticada, se debe adoptar una serie de

medidas, entre las más importantes se encuentran un control exhaustivo del peso (evitando la ganancia) y vigilar el balance hídrico, entre otras muchas medidas.

El patrón de salud más perjudicado con esta enfermedad es el de la actividad y el ejercicio, por lo que es importante realizar una buena rehabilitación cardíaca, ya que es probable que padezcan disnea e intolerancia a actividad física, reflejándose en fatiga y debilidad muscular.

2 Objetivos

- Conocer los programas de rehabilitación cardíaca.
- Mostrar la importancia de ejercicio controlado en personas con problemas cardíacos para mejorar su calidad de vida.

3 Metodología

Para la realización de la búsqueda bibliográfica se han empleado las distintas bases de datos como Google académico, Dialnet y Scielo. Para ello se han utilizado términos de búsqueda MeSH y DeCS como son insuficiencia cardíaca, rehabilitación cardíaca, cardiovascular, entre otros, junto con los operadores booleanos AND Y OR. Se seleccionaron diferentes artículos, siendo los artículos más antiguos los de los años 2005 y 2006, los demás de actualidad que no 2005, y cuyo idioma fuera el castellano

4 Resultados

La rehabilitación cardíaca es un programa orientado a modificar los diferentes factores de riesgo y conseguir llevar un estilo de vida saludable. Este tipo de programa está diseñado para pacientes con enfermedades cardíacas, se lleva a cabo a través un equipo multidisciplinar formado principalmente por médicos, enfermeras, fisioterapeutas, dietistas, entre otros.

El principal objetivo de la rehabilitación cardíaca es conseguir que los pacientes puedan retomar sus actividades físicas diarias y sean capaces de llevar un estilo de vida saludable para su corazón. Por ello, en los programas de insuficiencia cardíaca es importante realizar una evaluación previa del paciente, realizar una buena educación sanitaria sobre diferentes temas como la adherencia al tratamiento, alimentación, deshabituación de hábitos tóxicos entre otros.

Además de dar pautas para la identificación y paliar los factores que facilitan esta enfermedad (diabetes, hipertensión, ansiedad ...). Este tipo de programas se encargan de la introducción y del asesoramiento de la actividad física y el ejercicio en su vida diaria. Todo esto nos permite conocer los obstáculos existentes que impiden que el paciente no consiga una mejoría en su vida con una patología cardíaca

En la insuficiencia cardíaca, crear buenos hábitos de salud llega a ser igual de importante que el tratamiento médico. Los usuarios con enfermedades de corazón con un buen programa de rehabilitación cardíaca mejoran la capacidad de ejercicio, la calidad de vida y el bienestar, al mismo tiempo que reducen la mortalidad cardiovascular y disminuyen la posibilidad de ser hospitalizados. El objetivo principal de programa es conseguir crear unas pautas para el automanejo satisfactorio de la enfermedad.

En un programa de rehabilitación dirigida a pacientes con insuficiencia cardíaca es necesario tener en cuenta una serie de claves que permitirán realizar una buena adherencia

- Conocer la capacidad funcional, actividad física y evaluar la tolerancia a la actividad en situación actual del paciente.
- Hacer una entrevista personalizada del riesgo respecto a la insuficiencia cardíaca y la comorbilidad
- Realizar una serie de actividades y ejercicio individualizados en relación con su capacidad.
- Realizar Ejercicios siempre bajo supervisión (incluida la telemetría)
- Introducir al paciente en programas de educación sanitaria (identificar factores de riesgos, reducir hábitos nocivos ...)
- Crear una de dieta y nutrición
- Conocer los programas de deshabituación, hábitos tóxicos.
- Asesoramiento psicológico y tratamiento según proceda.
- Macar y supervisar los objetivos del paciente individuales y generales del método.
- Vigilar la adherencia al tratamiento prescrito por médico (medicamentos) incluida la posología.
- Comunicación con las distintas personas que forma el equipo multidisciplinar.

Existen diferente tipo de entrenamientos que pueden beneficiar a mejorar la calidad de vida de aquellas personas que sufren insuficiencia cardíaca.

1. ENTRENAMIENTOS AEROBIOS: Diferentes estudios han observado que este

tipo de entrenamiento consigue remodelar el ventrículo izquierdo en pacientes con insuficiencia cardiaca, siempre y cuando estén clínicamente estables, mejorando la capacidad aerobia y la capacidad de oxígeno máximo. Reduce los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. Los ejercicios que han demostrado ser bien tolerados por pacientes, además de ser seguros y eficaces, son la bicicleta, bailar, nadar, ergometría de la parte superior del cuerpo, entre otros.

2. ENTRENAMIENTO DE RESISTENCIA: Son ejercicios que diferentes estudios han demostrado que combinados con ejercicios aerobios consiguen mejorar la fuerza muscular y la forma física. Además, mejoran la capacidad pulmonar y cardiaca. En los pacientes con insuficiencia cardiaca permiten mejorar función física y reducir la discapacidad funcional. Este tipo de ejercicios siempre deben estar bajo supervisión del equipo multidisciplinar que vigile la capacidad física del paciente para aumentar la intensidad paulatinamente, siempre y cuando se pueda.

Estos serían los tipos de entrenamientos más utilizados en los programas de rehabilitación cardiaca. Aunque también se podrían combinar con, entrenamientos musculares localizados, entrenamiento de la musculatura inspiratoria, entrenamiento interválico y entrenamiento interválico de la alta intensidad.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años, se ha ido implantando en diferentes de centros sanitarios la llamada rehabilitación cardiaca, que ha demostrado ser beneficiosa para mejorar la calidad de vida de paciente con alguna patología cardiaca, es especial en la insuficiencia cardiaca.

Se ha visto que aquellos usuarios que se encuentran es este tipo de programas pueden llegar a realizar las actividades físicas casi con normalidad. Es importante realizar los ejercicios siempre bajo supervisión de un equipo multidisciplinar que les vaya controlando para no excederse e ir aumentando el tipo de ejercicio según vayan mejorando. Además, no solo se centran en los ejercicios físicos, sino también en aspectos psicológicos, adherencia al tratamiento, alimentación, entre otras cosas.

Los sistemas de salud de las diferentes comunidades autónomas deben hacer especial esfuerzo en la incorporación de la rehabilitación cardiaca como asistencia estándar en aquellos pacientes con enfermedades cardiacas que puedan verse beneficiados.

6 Bibliografía

Insuficiencia cardíaca [Internet]. Fundación Española del Corazón. [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/insuficiencia-cardiaca.html>

Biyykem Bozkurt, MD, PhD,^a Gregg C. Fonarow, MD,^b Lee R. Goldberg, MD, MPH,^c Maya Guglin, MD,^d Richard A. Josephson, MS, MD,^e Daniel E. Forman, MD,^f Grace Lin, MD,^g JoAnn Lindenfeld, MD,^h Chris O'Connor, MD,^{i,j} Gurusher Panjra, MD,^k Ileana L. Piña, MD, MPH,^{l,m} Tina Shah, MD,ⁿ Shashank S. Sinha, MD, MSc,^{i,j} Eugene Wolfel. Rehabilitación cardíaca en pacientes con insuficiencia cardíaca. *elsevier*. el 11 de noviembre de 2021;18 Disponible en: <https://jacc.elsevier.es/es-pdf-XX735109721008080>.

Berty-Gutiérrez, H. Insuficiencia cardíaca, revisión y aspectos básicos que debemos conocer. *IntraMed*. 2016; 5 (2): 1-12.

Markku S., Böhm M., Cowie MR., Drexler H., Filipatos GR., Jondeau G. et al. Guías de Práctica Clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda. Versión resumida. *RevEspCardiol*. 2005;58(4):389-429

Banegas, JR., Rodríguez-Artalejo, F. y Guallar-Castillón, P. Situación epidemiológica de la insuficiencia cardíaca en España. *RevEsp Cardiol*. 2006; 6(Supl. C): 4-9.

Capítulo 60

CÁNCER: PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

MARIA LASHERAS CACHO

LAURA LOPEZ BLASCO

VERONICA DÍAZ ROSILLO

CLAUDIA LERIN PEREZ

SARAY JIMENEZ ALAVA

1 Introducción

El cáncer hace referencia a una enfermedad donde algunas células de nuestro organismo se multiplican sin control y se disemina a los tejidos de alrededor. Esta enfermedad puede originarse en cualquier parte del cuerpo humano, ya que está formando por billones de células.

Las células de nuestro organismo cuando envejecen, se dañan o mueren se reemplazan por células nuevas, que en condiciones normales se realizan a través de las diferentes etapas de la división celular. En ocasiones no siguen este orden y las células anormales o dañadas se multiplican cuando no deberían, creando tumores.

Existen dos tipos de tumores: malignos o benignos. La gran diferencia entre estos dos tumores, se encuentra en que los malignos se diseminan, es decir que invaden los tejidos cercanos o incluso viajan a otras partes del cuerpo, generando metástasis, mientras los tumores benignos no se diseminan a tejidos cercanos.

En la actualidad, el cáncer es una de las principales causas de morbilidad en el mundo. A nivel global se considera la segunda causa de muerte. En España se produjeron un total de 8,8 millones de muertes en el año 2015 por esta enfermedad, según un estudio realizado por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Se cree que aumentara un 70% de los casos durante las próximas décadas, según las estadísticas.

El número estimado de cáncer en España en año 2017 fue de 228.482, pero se prevé un incremento considerable de nuevos casos en año 2035, aproximadamente alrededor de 315.413 nuevos casos. Uno de cada dos hombres y casi una de cada tres mujeres tendrá cáncer a lo largo de su vida según SEOM.

A nivel mundial los tipos de cáncer más diagnosticados son el de pulmón, mama, colorrectal, próstata, estómago, hígado, cérvix, esófago, vejiga y linfoma de Hodgking. Si diferenciamos a la población por sexos observamos que los cánceres de próstata, pulmón, colorrectal y vejiga destacan en los hombres, mientras que las mujeres los tumores más frecuentes son los de mama, colon, útero y pulmón.

En este trabajo vamos a hablar de la importancia de la realización de buena prevención tanto primaria (educación para la salud) como de prevención secundaria (screening) para realización de un diagnóstico precoz y poder paliar y frenar la enfermedad a tiempo y no derive en la muerte.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las distintas prevenciones en relación al cáncer

Objetivo secundario:

- Visibilizar los distintos tipos de cáncer
- Dar visibilidad a los diferentes métodos de screening que existen actualmente para cada uno de los tipos de cánceres.
- Saber identificar los factores de cáncer que sobreponen a una persona a padecer Cáncer.

3 Metodología

Para la realización de la búsqueda bibliográfica se han empleado las distintas bases de datos como Google académico, Dialnet y Scielo. Para ello se han utilizado términos de búsqueda MeSH y DeCS como son enfermería, prevención, cáncer y screening, junto con los operadores booleanos AND Y OR. Se seleccionaron

artículos de actualidad que no tuvieran más de 10 años, a excepción de un único artículo del año 2005, y cuyo idioma fuera el castellano.

4 Resultados

Conforme la OMS, al menos un tercio de todos los casos de cáncer que existen en el mundo se pueden prevenir. Para reducir la morbimortalidad por cáncer existen diferentes estrategias de prevención que suelen ser eficaces para el control del mismo. Se estima que por encima de 80 y 90% de los cánceres de la población occidental pueden ser causados por causas ambientales, entre las que se encuentran diversas prácticas dietéticas, sociales y culturales.

La prevención primaria sus estrategias van orientadas a la determinación de las diferentes causas y evitar la exposición de los distintos factores de riesgo.

La prevención secundaria tiene como principal objetivo detectar la enfermedad lo antes posible, es decir, realizar un diagnóstico precoz cuando aún no se presentan síntomas. Esto es posible mediante programas de cribado (screening), cuya finalidad es poder ofrecer un tratamiento temprano, que permita tener un buen pronóstico.

En España en los últimos años, las campañas existentes sobre el cribado de cáncer, han tenido una buena acogida por parte de la población. Esto ha permitido detectar a tiempo y reducir el número de casos de tumores como son los colorrectal, mama, próstata y útero. Estos cribados permiten realizar un diagnóstico precoz y poder empezar cuanto antes con los diferentes tratamientos. Hay que destacar que aún no existen cribados específicos para el resto de los cánceres.

En el programa europeo contra Cáncer, se encuentran unas series de recomendaciones dirigidas a la reducción tanto en la incidencia como en la mortalidad de esta enfermedad. Estas recomendaciones están dirigidas a modificar aspectos perjudiciales de nuestro estilo de vida y fomentar un estilo de vida saludable, centrándose en la prevención primaria. Alguna de ellas es: evitar el consumo de tabaco, obesidad; consumir frutas y verduras; realizar ejercicio físico diariamente; limitar el consumo de productos de grasas animales; reducir el consumo de alcohol; moderar la exposición al sol; usar protección en acto sexual; regular y prevenir la exposición a sustancias cancerígenas conocidas

Por otra parte, dentro de los programas mencionados en el párrafo anterior, también se centran en la prevención secundaria. Dando a conocer y explicando los diferentes cribados existentes para la población. Se debe saber, que no existen cribados para todos los tipos de cánceres, y los screening existentes se realizan a partir de un rango de edad. Además de ser algunas exclusivas para mujeres por

la anatomía.

Las mujeres a partir de los 25 años entran dentro de campaña del cribado del cáncer de cérvix que consiste en una citología del Papanicolaou y se realizara hasta los 65 años de edad. Al principio son dos citologías con periodicidad anual y después cada tres -cinco años. No se ofrece este cribado a las mujeres que no hayan tenido relaciones sexuales ni a las mujeres con histerectomía total.

Por otra parte, también solo para mujeres se encuentra cribado del cáncer de mama. Se realiza a partir de los 50 años ,cada dos años y consiste en una mamografía.

Para ambos sexos se encuentra el cribado de Cáncer colorrectal. Está dirigido a personas asintomáticas a partir de los 50 años y se realiza a través de sangre oculta en heces, cada dos años. En este cribado la edad puede variar según los antecedentes familiares y la historia personal, debido a que hay personal con alto riesgo de padecer esta patología. Por otro parte los individuos con pólipos adenomatosos esporádicos de riesgo, se recomienda realizar una colonoscopia a los 3 años de la resección y, si ésta es negativa, repetirla cada 5 años.

Para finalizar es importante mencionar que es recomendable, vacunarse frente al virus de la hepatitis B y en caso de las mujeres también del papiloma humano.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer es un tema en auge, por la morbi-mortalidad que genera en la población .Por ello importante fomentar la prevención sobre esta enfermedad, para poder disminuir tanto los casos como incluso reducir la probabilidad de sufrir esta patología a lo largo de nuestra vida. Es importante la implicación de los individuos sobre este tema , para generar conocimientos suficientes y que sean capaces de detectar los factores de riesgo . Además de saber de la existencia de herramientas como son los cribados para un diagnóstico precoz.

Para ello, se deben implicar los sanitarios utilizando la educación para crear y difundir conocimientos y herramientas sobre dicho tema . Esto permite llegar a toda población.

Por otro lado, también es necesario fomentar un estilo de vida saludable, ya que existen factores facilitadores como son el tabaco , la obesidad entre otros , que aumentan la posibilidad de padecer cáncer y otras muchas enfermedades a lo largo de nuestra vida.

6 Bibliografía

Sosa, L. and Cabrera, S. (2018). SCREENING DEL CÁNCER. [online] Sitiomedico.org. Available at: <http://www.sitiomedico.org/artnac/2002/02/25.htm>

.
Aecc.es. (2018). Asociación Española Contra el Cáncer | AECC. [online] Available at: <https://www.aecc.es/es>

Cancer.org. (2018). Guías de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la detección temprana del cáncer. [online] Available at: <https://www.cancer.org/es/saludable/encontrar-cancer-tempranamente/guias-de-pruebas-de-deteccion-del-cancer/guias-de-la-sociedad-americana-contra-el-cancer-para-la-deteccion-temprana-del-cancer.html>

Organización mundial de la salud[sede web]. Ginebra:Tedros Adhanom Ghebreyesus; 2018Cáncer[6].Disponible en:<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Moreno-Baquerano y L. Rubio-Toledano MM-CBB-BMN-VPC-PM. Prevención del cáncer. Grupo de Prevención del Cáncer del PAPPs: elsevier; 2005.

Capítulo 61

ENFERMERÍA EN LA LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN DURANTE LA EDAD PEDIÁTRICA

NEREA CABALLERO CALERO

TAMARA OLIVA LEÓN

JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ

DAVID FUENTES FERNANDEZ

MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI

1 Introducción

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

Una alimentación adecuada en la infancia es fundamental para un crecimiento, salud y desarrollo óptimo, evitando así diversas enfermedades, desde enfermería para comprobar el correcto desarrollo del lactante o niño/a, tras realizar la educación para la salud a las personas adultas titulares del lactante o niño/a, lleva a cabo una exhaustiva valoración y evaluación del estado del bebé a través de la entrevista a los padres y valoración antropométrica del lactante o niño/a.

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

2 Objetivos

- Describir las actuaciones de enfermería sobre la lactancia y alimentación para una adecuada salud y crecimiento durante la edad pediátrica.
- Conocer las características y pautas de una adecuada lactancia y alimentación complementaria en pediatría.

3 Metodología

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

4 Resultados

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

Una labor muy importante de las enfermeras/os, es la educación para la salud en todas las etapas del ciclo vital, desde los cuidados del recién nacido, desarrollo psicomotor, nutrición, higiene, prevención de accidentes, sexualidad, ejercicio físico y lactancia materna o alimentación complementaria, que es el tema que trataremos en este capítulo dado a los relevantes problemas y patologías nutricionales

que afectan hoy en día en la infancia y que como enfermeras/os contamos con la suficiente preparación para abordarlo cómo se ha demostrado en numerosos estudios científicos.

La evidencia actual recomienda la lactancia materna o de fórmula adaptada exclusiva hasta los 6 meses de edad y a partir de ahí el inicio de la alimentación complementaria, no obstante, en un pasado no muy lejano, se recomendaba el inicio de la alimentación complementaria a los 4 meses de edad o incluso antes, además, aún hay guías y profesionales sanitarios que recomiendan a los 4 meses de edad o incluso antes.

Tras un estudio reciente en Europa, se observó que la mayoría de padres introducen los alimentos complementarios al bebé antes de los 6 meses y un pequeño porcentaje, lo hace de manera tardía después de los 6 meses.

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

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

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

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

*De 0 a 6 meses:

- La alimentación del bebé en sus primeros seis meses de vida, debe de ser únicamente leche, preferiblemente leche materna y en su defecto leche de fórmula de inicio o tipo I para lactantes.
- La lactancia materna durante al menos el primer mes, será a demanda, no hay que forzar el horario de las mismas, las tomas se irán espaciando a medida que el bebé crezca, ya que este se autorregulará.
- No siempre que el bebé llora significa que tiene hambre.
- El número de biberones al día, como la cantidad de leche que el bebé tomará en cada toma será diferente en cada lactante según la demanda, ya que no hay normas fijas, aunque puede ajustarse a las siguientes recomendaciones:

*1ª semana: 30-60 ml por toma y a demanda.

*2ª semana: 90 ml por toma y 7-8 tomas.

*3ª y 4ª semana: 90-120 ml por toma y 6-7 tomas.

*2º mes: 120-150 ml por toma y 7 tomas.

*3º mes: 180 ml por toma y 6-7 tomas.

*4º-5º mes: 180-210 ml por toma y 5-6 tomas.

*6º mes: 240 ml por toma y 4 tomas.

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

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

*De 6 a 12 meses:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Verduras: comenzar con puré de patata y zanahoria y añadir una cucharada de aceite de oliva virgen crudo, de manera progresiva añadir puerro, verde, calabacín, cebolla, calabaza. Las espinacas, acelgas, coles, remolacha y nabos intro-

ducir a partir de los 12 meses por un exceso de nitritos.

- Carne: pollo, pavo, conejo y ternera retirando la piel y grasa (20-30 g/día al principio, luego 30-40 g/día). A partir del 9º mes se puede introducir el cordero y cerdo en el puré de verduras, nunca la carne de caza.
- Huevo: introducirlo cocido comenzando con 1/2 yema y una vez tolerada la yema, comenzar con la clara cocida en pequeñas cantidades.
- Pescado: debe ser blanco y ultracongelado o congelarlo 5 días si es fresco (20-30 g/día al principio, luego 30-40 g/día).
- Legumbres: deberán de estar bien trituradas, ya que la piel no se digiere hasta los 2 años.
- A partir del 9º mes se puede introducir yogur natural sin azúcar y queso tierno sin sal.
- El agua es indispensable y, si está bien controlada, se puede consumir del grifo. La introducción de alimentos se hará de manera progresiva, no administrar más de un alimento al día, y se esperará de 3 a 5 días para introducir otro nuevo alimento para poder así detectar posibles reacciones adversas y para que se vaya familiarizando con sabores y texturas. Nunca dar a probar un nuevo alimento por la noche. La sal y azúcares que contienen los alimentos, es suficiente y no se añadirá más.

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

Orientación de las comidas a lo largo del día:

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

*De 12 a 36 meses:

- La leche de vaca se puede introducir a partir de los 12 meses de edad, aunque se puede mantener la leche materna o de continuación hasta los 2 años.
- Pescado azul pequeño sin espinas en la misma cantidad que la carne (30-

40 g/día), evitar el consumo de pez espada, emperador, salmón, cazón y atún hasta los 3 años.

- A los 2 años, debe de comer casi lo mismo que los adultos.
- En esta etapa es fundamental la educación, ya que a partir de los 2 años hay una disminución fisiológica del apetito porque la velocidad de crecimiento disminuye y se vuelven selectivos y caprichosos con ciertos alimentos.
- Alimentos a evitar: frutos secos enteros, uva enteras, aceitunas enteras, ya que aumentan el riesgo de atragantamiento, también se deberá de evitar alimentos con sal como gusanitos, salchichas, embutidos, conservas, miel y azúcar añadida en galletas, chocolates, bollería, natillas, flanes, chucherías, mariscos y pescados de gran tamaño, té, zumos industriales y refrescos.

Orientación de las comidas a lo largo del día:

- Desayuno: Papilla o leche con cereales.
- Comida: Se irá acostumbrando de forma progresiva a la comida familiar como purés de verduras o carne, legumbres, pasta, los arroces, los guisos. Carne o pescado en trozos pequeños, tortillas.
- Postre: leche/yogur o fruta.
- Merienda: Fruta, jamón o queso en trozos pequeños, yogur, bocadillos.
- Cena: Se debe dar preferencia a las verduras, los cereales y las frutas. Leche con/sin cereal.

5 Discusión-Conclusión

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

Es muy importante seguir las recomendaciones del colectivo de enfermería y no guiarnos por experiencias propias.

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

primordial y desde el mes 12 hasta los 36 meses donde se debe de conseguir una alimentación similar a la del adulto evitando ciertos alimentos.

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

6 Bibliografía

1. Jiménez Ortega AI, Martínez García RM, Velasco Rodríguez-Belvis M, Ruiz Hertero J. De lactante a niño. Alimentación en diferentes etapas. Nutrición Hospitalaria. [revista en Internet] 2017 [Acceso 4 de Julio de 2023]; 34(4):[1699-5198]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112017001000002&script=sci_arttext&tlng=en.
2. Learte Álvarez MA, García Nieto V, de Antonio Ferrer L, Dalmau Serra J, Ferrer Lorente B, de Miguel Durán F et al. Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria. Pediatría Integral. [revista en Internet] 2015 [Acceso 4 de Julio de 2023]; XIX(4):[233-293]. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/07/Pediatrica-Integral-XIX-4_WEB.pdf#page=36.
3. Borja Herrero C, Iglesias Benito M, Ortega Quillis A, Galdón Tornero S, Garrigós Ferrando A. Actualizando la evidencia sobre las recomendaciones de enfermería en la “alimentación complementaria”. Enfermería Integral. [revista en Internet] 2016 [Acceso 5 de Julio de 2023]; (114):[57-62]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6126219>.
4. Consejería de Sanidad, Área Sanitaria de Toledo. Recién Nacido. [acceso 6 de julio de 2023]. Disponible en: <https://toledo.sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/protege-tu-salud/mujer-y-recien-nacido/alimentacion/lactanciamaterna>.
5. Cuadros Mendoza CA, Vichido Luna MA, Montijo Barrios E, Zárate Mondragón F, Cadena León JF, Cervantes Bustamante R, Toro Monjárez E, Ramírez Mayans JA. Actualidades en alimentación complementaria. Acta pediátrica de México. [revista en Internet] 2017 [Acceso 7 de Julio de 2023]; 38(3). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0186-23912017000300182&script=sci_arttext.

Capítulo 62

ENFERÍMERA Y LOS PACIENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA POST-ICTUS

NEREA CABALLERO CALERO

TAMARA OLIVA LEÓN

JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ

DAVID FUENTES FERNANDEZ

MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI

1 Introducción

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

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

La prevalencia de la aparición de la disfagia neurógena posterior a un ictus es muy variable. Los datos son muy diferentes según el país, la técnica diagnóstica, etc., pero podemos señalar que se sitúa entre 40 y el 60% de los casos, por lo que conocen que es un síntoma frecuente del ictus.

Habitualmente los estudios epidemiológicos suelen tratar la disfagia y los problemas de comunicación después de un ictus, por separado, por lo que existe escasa literatura científica sobre la relación y aparición simultánea de la disfagia y los problemas de comunicación (afasia y disartria).

Es importante aumentar el conocimiento sobre esta relación entre la aparición simultánea de estos dos trastornos, ya que la valoración y el tratamiento individual de cada uno de ellos es diferente en pacientes que presenta un trastorno aislado o simultáneamente dos o más.

2 Objetivos

- Identificar e indicar la posible asociación entre disfagia y trastornos de la comunicación posteriores a un ictus por parte de enfermería

3 Metodología

Para la ejecución de este objetivo se realizó una búsqueda documental de artículos, trabajos y estudios relacionados con la disfagia y los problemas de comunicación de aparición posterior a un ictus, en páginas de internet como Cochrane, Scielo, Dialnet, etc., para obtener la información necesaria que posteriormente será revisada para extraer los datos que servirán para nuestra investigación.

Las palabras claves utilizadas para nuestra búsqueda documental fueron: disfagia, problemas de comunicación, ictus.

La búsqueda se realizó durante los meses de agosto, septiembre, octubre, 2022 y el periodo admitido de publicaciones fue el intervalo desde el año 2003 y 2021.

Se localizó un primer grupo de 17 trabajos, que una vez aplicados criterios de inclusión/exclusión se redujo a 9 los informes aceptados para este estudio.

4 Resultados

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

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

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

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

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

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

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

5 Discusión-Conclusión

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

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

En un importante número de casos, cuando las personas sufren un ictus, aparecen signos de disfagia acompañados de factores asociados como trastornos de la comunicación como disartria, afasia, trastornos de la voz, etc., lo que sugiere que los focos neurológicos de control de la disfagia y de las estructuras de comunicación son muy próximos en el mapa cerebral y el daño neuronal cerebral producido en un ictus influye de manera directa y coincidente a ambos territorios neurológicos a la vez en la mayoría de los accidentes cerebrovasculares.

La disfagia es una patología muy presente en las personas mayores y debería ser considerada de máxima importancia por las autoridades sanitarias en previsión de unas importantes consecuencias sociales y económicas debidas al envejecimiento poblacional.

6 Bibliografía

- 1.Cutiño Y, Scherle C, Pérez J, Roselló H, Hierro D. Disfagia persistente después de un infarto cerebral. Rev Cubana med. 2006; 45(3).
- 2.Carlos V, Javier C, Ana C, Roberto B, Joan M, Josep-Luis M. Disfagia en pacientes con enfermedad vascular cerebral: Ch Neurocien (Mex). 2002; 2:83-89.
- 3.González Pérez TL, Marcos Plasencia LM. Fenómeno alimentario y fisiología subsistema digestivo. Ciudad de La Habana: Editorial Política; 2008.
- 4.Bath PMW, Bath FJ, Smithard DG. Intervenciones para la disfagia en el accidente cerebrovascular agudo (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4. Oxford.
- 5.Mann G, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing function after stroke: prognosis and prognostic factors at 6 months. Stroke. 2005; 30: 744-8.
- 6.O'Mahony D, McIntyre AS. Artificial feeding for elderly patients after stroke. Age Ageing. 2005; 24:533-5.
- 7.Broadley S, Croser D, Cottrel J, Creevy M, Teo E, Yiu D et al. Predictors of prolonged dysphagia following acute stroke. J Clin Neurosci 2003; 10:300-5.
- 8.López Liria R, Fernández Alonso M, Vega Ramírez FA, Salido Campos MA, Padilla
- 9.Góngora D. Tratamiento y rehabilitación de la disfagia tras enfermedad cerebrovascular. Rev Neurol 2014; 58:250-67.
- 10.Santoro P. Disfagia orofaríngea: panorama actual, epidemiología, pocas terapéuticas e perspectiva futura. Revista CEFAC 2008.

Capítulo 63

MANEJO DE LA MEDICACIÓN EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO. REVISIÓN SISTEMÁTICA

CRISTINA SERRANO MOVILLA

MONTSERRAT COMINO BRUNNER

ELSA MOLINERO CASTAÑEDA

LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ

SARA CASTELLANOS CASTRO

1 Introducción

El paciente pluripatológico se ha considerado a los sujetos, generalmente de edad avanzada, los cuales presentan varias enfermedades crónicamente sintomáticas y con frecuentes reagudizaciones. Esta situación afecta negativamente sobre su funcionalidad, lo que lleva a estos pacientes a necesitar asistencia en muchas actividades de la vida diaria. (1)

En Europa se estima que en 2025 el porcentaje de personas mayores de 65 años llegará al 27,5%, lo que supondrá que un 70% del gasto sanitario vaya destinado a la atención de esta población. (2,3) Por ello, debido a la cronicidad y la multimorbilidad que presenta este colectivo es fundamental identificar a través de criterios objetivos las características clínicas, nivel de fragilidad, complejidad en su manejo, así como el tipo de asistencia que necesita el paciente.

Este tipo de pacientes pueden llegar a consumir una media de 8 medicamentos al día. (4) Por lo tanto, tratar a los pacientes pluripatológicos en base a las guías de práctica clínica específicas de cada enfermedad da lugar a complejos regímenes de tratamientos, siendo en ocasiones contradictorias.

El número de medicamentos, la frecuencia de dosis y la forma de preparar la medicación son algunos de los factores que incluye la complejidad terapéutica en este tipo de pacientes. (5) Sin embargo se ha demostrado que el uso de un mayor número de medicamentos no se asocia con mayores tasas de supervivencia. (6) Por ello, se plantea una revisión sistemática para analizar el manejo de la medicación en el paciente pluripatológico.

2 Objetivos

Analizar el uso y manejo de la medicación del paciente adulto con diagnóstico pluripatológico y su impacto sobre su salud.

3 Metodología

Para realizar la búsqueda bibliográfica se utilizaron las bases de datos Pubmed y Scholar Google combinando los siguientes operadores booleanos y palabras claves: (multipathological patient) AND (drug use OR medication use). Se revisaron los artículos publicados a partir de 2017, así como se usó el filtro de artículos completos (Full Free Text). A continuación, se evaluaron los posibles manuscritos elegibles en función de los siguientes criterios de inclusión: 1) Población adulta con diagnóstico pluripatológico, 2) evaluar y/o describir el manejo de la medicación en esta población y 3) artículos publicados a partir de 2017.

4 Resultados

Uno de los estudios incluidos en esta revisión analizó el uso inadecuado de los medicamentos en los pacientes pluripatológicos de edad avanzada comparado con pacientes sin este tipo de diagnóstico. Los principales resultados fueron que el 89,3% de los pacientes pluripatológicos presentaban un uso inadecuado de la medicación comparado con el 79,4% de los no pluripatológicos. Se utilizaron los criterios Beers, START y ACOVE para evaluar el mal uso. Entre el 40 y 62% de los pacientes cumplían al menos un criterio de alguna de las tres herramientas utilizadas, siendo el principal problema la inframedicación. (7)

El segundo estudio incluido en esta revisión sistemática evaluó si el uso de un régimen de medicación más simple se asocia con una mayor supervivencia en los pacientes pluripatológicos. Se realizó un seguimiento de 4 años, tras este periodo de tiempo se observó que entre los pacientes con un régimen de medicación simple fallecieron el 63,2% frente al 75,2% del resto de los pacientes. La edad, las neoplasias y el número de ingresos se asociaron con una mayor mortalidad al cabo de 4 años, sin embargo, el régimen de medicación simple se asoció con una menor mortalidad. (8)

El último estudio incluido en este trabajo evaluó el uso inadecuado de los medicamentos en el paciente pluripatológico con el fin de encontrar estrategias para evitarlo. Los hallazgos más relevantes confirman que la mitad de los pacientes conocen cuál es el tratamiento que se les ha prescrito, hay una mayor probabilidad de que se produzcan errores en la medicación debido a la edad. Además, la presentación y el formato en que se explica la toma de medicación es un factor importante en un uso adecuado de estos. (9)

5 Discusión-Conclusión

Existe una clara falta de evidencia sobre cómo tener un manejo adecuado de la medicación en pacientes pluripatológicos, un colectivo muy complejo por sus características. Por lo que se necesita más investigación para identificar estrategias que ayuden a este tipo de pacientes, generalmente de edad avanzada, a tener un mayor control sobre la medicación pautaada. Los resultados de esta revisión muestran que la mayoría de estos pacientes tienen un manejo inadecuado de la medicación, aumentando así el riesgo de mortalidad a largo plazo. Además, se aconseja a los profesionales sanitarios una presentación y formato fácil durante la explicación de la medicación para una mejor comprensión del paciente.

6 Bibliografía

1. Fernández Miera Manuel Francisco. El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario. *Gac Sanit.* 2008 Abr; 22(2): 137-141.
2. Montes Santiago J, Casariego Vales E, de Toro Santos M, Mosquera E. La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. *Galicia Clin* 2012; 73 (Supl.1): S7-S14.
3. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Disponible

en: www.msssi.gob.es.

4. Vyas A, Pan X, Sambamoorthi U. Chronic condition clusters and polypharmacy among adults. *Int J Fam Med*. 2012;193168. 7.
5. Gómez Aguirre N, Caudevilla Martínez A, Bellostas Muñoz L, Crespo Avelana M, Velilla Marco J, Díez-Manglano J. Poplypathology, polypharmacy medication regimen complexity and drug therapy appropriateness. *Rev Clin Esp*. 2017; 217:289–95.
6. Bellostas Muñoz L, Díez Manglano J. Complejidad del régimen de medicación en pacientes pluripatológicos. *Rev Clin Esp*. 2018; 218:342–50.
7. Carlota Rivas-Cobas, P., Ramírez-Duque, N., Gómez Hernández, M., García, J., Agustí, A., Vidal, X., Formiga, F., López-Soto, A., H. Torres, O., San-José, A. Características del uso inadecuado de medicamentos en pacientes pluripatológicos de edad avanzada. *Gaceta Sanitaria*, 2017; 31(4): 327-331.

Capítulo 64

ATENCIONES E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA HACÍA EL CUIDADO DE PACIENTES INFECTADOS POR VIH

DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ

SARA PAJARON BUENACHE

PATRICIA MELERO ALEGRIA

NOELIA CABEZA GARROTE

CARLA GEOVANNA LEVER

1 Introducción

El VIH es un virus que ataca principalmente al sistema inmunitario de nuestro cuerpo. Si el virus de la inmunodeficiencia humana no se trata, puede desencadenarse SIDA, (síndrome de la inmunodeficiencia adquirida).

El VIH llegó a los seres humanos a través de chimpancés, en este caso se denominan virus de inmunodeficiencia simia.

Después de estudiar la manera en la que se pudo contraer el virus, probablemente fue porque los seres humanos cazaban y comían estos animales, pudiendo así estar en contacto con la sangre infectada de los mismos.

Rápidamente, se propagó por África. En la década de los años 1970 se comienza a registrar los primeros casos en Estados Unidos.

Actualmente, el sida sigue siendo una enfermedad pandémica, afectando así a todos los países del mundo.

El VIH se transmite de una persona infectada mediante cuatro fluidos: el semen, la sangre, secreciones vaginales y la leche materna, por lo tanto, las principales vías de transmisión sexual son: sanguínea, de madre a hijo y sexual.

A día de hoy el VIH/SIDA es una enfermedad que no tiene cura ni vacuna y se encuentra en estudio.

Solo existe una única manera para evitar su infección y es la prevención, para ello cuando se tengan relaciones sexuales siempre se debería de utilizar protección para evitar infecciones como el VIH, entre otras.

2 Objetivos

- Conocer e identificar la enfermedad de VIH/SIDA.
- Exponer funciones de enfermería con este tipo de pacientes cuando se encuentren hospitalizados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica consultando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.

También se ha consultado la literatura científica sanitaria existente en relación con la enfermedad del VIH y las intervenciones que se deben de llevar a cabo en centros hospitalarios por los profesionales de enfermería.

4 Resultados

En la actualidad existen diversos medicamentos para tratar el VIH estos no curan la enfermedad, pero garantiza una vida más larga y reduce el riesgo de transmisión. Estos medicamentos son los antirretroviral, consiste en una combinación de medicamentos que se deben de tomar todos los días.

El virus del VIH afecta principalmente a las células CD4 de nuestro sistema inmunitario, que son las encargadas de combatir las infecciones en nuestro organismo. Los enfermeros debemos de extremar las precauciones para evitar contagiarnos, por ellos debemos de aplicar las precauciones universales además de suplementarse con otras medidas.

Este tipo de medidas se deben de establecer en todo tipo de pacientes independientemente de su diagnóstico, ya que esto nos permitirá realizar una buena prevención. Algunas de estas medidas son:

El correcto lavado de manos, se realizará siempre antes y después del contacto con cualquier paciente.

Uso de EPI, así como las batas protegeremos nuestro uniforme de cualquier líquido.

La mascarilla la utilizaremos siempre que se realicen técnicas en las que corramos el riesgo de ser contaminados por salpicaduras.

Tendremos especial cuidado para prevenir las heridas punzocortantes.

Con este tipo de medidas lo que conseguiremos será reducir considerablemente la transmisión de los microorganismos de un paciente a otro por medio del personal sanitario.

Además, protegeremos al personal sanitario que se encuentre expuesto a los agentes infecciosos que son transmisibles por medio de contacto directo con secreciones y sangre.

Los fluidos y secreciones que se deben de considerar de alto riesgo de contaminación de VIH son: sangre, secreción vaginal, semen, leche materna y líquido cefalorraquídeo, sinovial pleural, peritoneal, amniótico, pericárdico.

Las secreciones como esputo, vómitos, heces y orina se deben de considerar de alto riesgo siempre que se encuentren contaminados por sangre.

En el caso de la saliva sólo se considera infecciosa en el caso de las cirugías dentales, ya que en estos casos existe una probabilidad muy alta de que se encuentre infectada por sangre.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar en la actualidad todavía existe una alta incidencia de pacientes que poseen el VIH, es por ello que como profesionales sanitarios debemos de extremar las precauciones para así evitar ser contagiados.

Según las últimas actualizaciones y recomendaciones consultadas en los artículos más recientes, se describe cuáles son los medios más contagiosos por los cuales podemos adquirir el virus del VIH.

Es importante como enfermeros que utilicemos todas las medidas de protección que existen a nuestro alcance para poder establecer así una buena prevención.

Deberemos de tratar a todos los pacientes por igual, ya que una vez que estos acuden a los centros sanitarios no sabemos si son portadores de cualquier infección hasta que se realizan las pruebas pertinentes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 65

MELANOMA. EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE PIEL

ELENA PEÑA RUBÍN DE CELIS

LETICIA ANTUÑA GUTIÉRREZ

1 Introducción

El melanoma es un tipo de cáncer de piel que tiene lugar en los melanocitos. Estos empiezan a crecer de forma descontrolada. El melanoma es bastante menos frecuente que otros tipos de cánceres de piel, pero el melanoma es más peligroso porque su propagación es más habitual.

Este cáncer se desarrolla en los melanocitos y la continua exposición a los rayos UV puede llegar a causar alteraciones en los mismos (mutaciones) que llevan a un crecimiento y proliferación descontrolada dando lugar al tumor.

Lo fundamental, como en todos los cánceres, es la detección precoz del mismo. Se debe pedir cita al médico ante cualquier cambio en la piel que no parezca normal. Aquello que provoca un daño en el ADN de las células de la piel no está claro en el caso del melanoma. Se piensa, según la bibliografía consultada, que es posiblemente una combinación de factores, de tipo ambiental y genético, aquellos que den lugar al melanoma. Sin embargo, los médicos creen que una exposición excesiva a la radiación ultravioleta (lámparas o centros de bronceado) es la principal causa de aparición del cáncer de piel.

La luz ultravioleta no provoca por sí misma todos los melanomas, en especial aquellos que tienen lugar en zonas del cuerpo exentas de radiación solar. Esto indica que otros factores pueden intervenir en el riesgo de aparición de la enfermedad.

Los dos tipos de cáncer más comunes son:

- Cáncer invasivo: este tipo representa el 70% de todos los cánceres y afecta con mayor frecuencia a las piernas en las mujeres y a los rayos en los hombres. Existen múltiples mutaciones en el gen BRAF en las células cancerosas.
- Melanoma nodular: este tipo representa del 15% al 30% de los melanomas, se puede encontrar en cualquier parte del cuerpo y crece rápidamente.

2 Objetivos

- Conocer los factores de riesgo que pueden predeterminar la aparición del melanoma.
- Describir qué intervenciones deben realizarse para la prevención y detección precoz del cáncer de piel.
- Detallar cuáles son los cuidados de enfermería en la aparición del melanoma.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente trabajo, ha sido necesaria la realización de una búsqueda bibliográfica activa y consciente de diferentes artículos en las bases de datos más conocidas como PubMed, Medline, Dialnet y Scielo. Para ello se han utilizado los siguientes descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).

Palabras clave: melanoma, cuidados de enfermería.

4 Resultados

El melanoma es una forma de cáncer de piel. La enfermedad ha ido en aumento en los últimos años, especialmente entre los jóvenes.

El tratamiento temprano es importante para curar la enfermedad. Sin embargo, para prevenirlo, las medidas preventivas como evitar las fuentes de rayos UV, utilizar protector solar, llevar ropa adecuada para evitar daños... son importantes y en muchos casos pueden ayudar a prevenir su desarrollo.

Enfermería concientiza a las personas sobre los peligros que supone este tumor.

El melanoma es una forma de cáncer de piel provocado por el crecimiento de células cancerosas en las células de la piel. Actualmente, es la forma más agresiva de cáncer de piel.

Los melanocitos son células epidérmicas que producen melanina, el pigmento que da color a la piel.

Los factores de riesgo que favorecen la aparición del melanoma son de tipo ambiental y genético.

En los factores genéticos, influyen fundamentalmente el fototipo de piel y antecedentes familiares por cáncer cutáneo.

En cuanto a los factores ambientales, podemos vincularlos a condiciones o medicamentos inmunosupresores, exposición a la radiación ultravioleta, pérdida de la capa de ozono y enfermedades.

El mayor desencadenante del melanoma es la radiación ultravioleta. La mayor prevalencia en quienes tienen una exposición solar frecuente e intensa depende del fototipo de piel clara.

También se presta especial atención a los antecedentes familiares de cáncer de piel. Una parte de los casos de melanoma se hereda y está relacionada con mutaciones de los genes CDKN2A y CDK4, la última de las cuales ocurre con menos frecuencia.

La prevención del melanoma es uno de los factores más importantes y aquí la labor de enfermería es fundamental. Entre las medidas a tomar está: limitar la exposición a la radiación UV, tanto de una fuente de sol natural como artificiales. Buscar la sombra y el uso de gafas de sol. Protección todo el año de la piel, utilizar sombreros y cremas de protección solar con factor de protección elevado, evitar la exposición solar a los niños, controlar de forma rutinaria la aparición de nuevos lunares y si éstos muestran algún tipo de cambio. De ser así esto último, fomentar que los pacientes acudan a su médico para una valoración temprana, por último, realizar pruebas genéticas en el caso de que haya algún familiar de primer grado con melanoma o cáncer de páncreas.

Los cuidados de enfermería para la prevención y detección precoz del melanoma agrupan todas aquellas intervenciones basadas en una buena educación para la prevención en la aparición del cáncer de piel, consejo y explicación para la utilización de la protección solar durante todo el año, proporcionar información sobre la enfermedad en el caso de padecerla o sobre la inspección de sus propios lunares.

5 Discusión-Conclusión

Los adultos jóvenes de entre 25 y 29 años son los más afectados por el melanoma, un tipo de cáncer de piel. Año tras año, su prevalencia aumenta. En esta breve reflexión planteo la cuestión de cuánta información hay sobre el cáncer antes mencionado y cuánta prevención hay (tengo algunas preocupaciones sobre ambos).

Afecta anualmente a 2/100.000 personas en España, aumentando un 7%. La prevención es crucial porque puede convertirse en un cáncer maligno si no se identifica a tiempo. El número de casos encontrados en nuestra nación cada año es 3600.

Si alguna vez nos hemos quemado por el sol, especialmente en nuestra juventud y años de formación, la probabilidad de desarrollar melanoma aumenta a dos.

A pesar de ser extremadamente alta a partir de los 30 años, las tasas de mortalidad comienzan a aumentar después de los 50 años.

Al estar bronceados, los jóvenes prestan especial atención a su piel, lo que es una de las razones por las que este cáncer tiene una alta tasa de mortalidad entre los adolescentes.

Actualmente, 79.000 hombres y 81.000 mujeres tienen casos diagnosticados en todo el mundo, lo que suma un total de 160.000.

6 Bibliografía

1. Moreno Koch C. Melanoma. Oncol (Barc) [Internet]. 2004 [citado el 28 de agosto de 2023];27(3):13–5. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352004000300001
2. Melanoma [Internet]. The Skin Cancer Foundation. 2022 [citado el 28 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.skincancer.org/international/es-melanoma/>
3. Ahmed B, Qadir MI, Ghafoor S. Malignant melanoma: Skin cancer-diagnosis, prevention, and treatment. Crit Rev Eukaryot Gene Expr [Internet]. 2020 [citado el 28 de agosto de 2023];30(4):291–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32894659/>
4. Feijoo MG. Frente al melanoma, educación y prevención [Internet]. EnfermeríaTV. 2021 [citado el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://enfermeriatv.es/es/frente-al-melanoma-educacion-y-prevencion/>

Capítulo 66

REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO CON JABÓN Y CEPILLO O CON SOLUCIÓN ALCOHÓLICA

JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO

ELENA MOROTE CUMPLIDO

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

1 Introducción

El correcto lavado de manos se considera una importante medida primaria para disminuir las infecciones en el ámbito intra y extrahospitalario y según la OMS, es la más adecuada estrategia para disminuir la transmisión de los patógenos durante la asistencia sanitaria.

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS), suponen un gran problema para la seguridad del paciente, y estas en un 20-30% son prevenibles con unas medidas de higiene y control de la infección.

La OMS enumera los 5 momentos en los que realizar la higiene de manos es más recomendable:

- Antes de tocar al paciente.
- Antes de realizar una tarea limpia o aséptica.
- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
- Después de tocar al paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente.

En la práctica quirúrgica, el lavado de manos es una herramienta esencial y si cabe aún más importante que en otra unidad hospitalaria, para dar atención sanitaria y para la seguridad del paciente, debido a la exposición extrema al ambiente del paciente sometido a una intervención quirúrgica. El lavado de manos en el área quirúrgica, por lo general, se realiza de tres maneras distintas:

- Con jabón y cepillo.
- Con solución alcohólica.
- Combinando ambas.

2 Objetivos

Realizar una revisión sistemática sobre el lavado de manos.

Comparar las distintas maneras de llevar a cabo el lavado de manos.

Comparar el efecto del lavado de manos en los distintos modos.

3 Metodología

Se realiza revisión bibliográfica en base de datos como PubMed, Cochrane, Google Académico y Dialnet buscando las palabras clave: Lavado de manos, lavado quirúrgico, lavado con cepillo y jabón, lavado con solución alcohólica y enfermería.

Se usaron artículos comprendidos entre 2019 y 2023.

Se excluyeron aquellos artículos que no haya intervención de enfermería.

4 Resultados

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) son un gran problema para la seguridad del paciente y según la OMS, una de las medidas más importantes, para minimizar la transmisión de patógenos durante la asistencia sanitaria, es la correcta higiene de manos tanto intra como extrahospitalariamente. La OMS nos enumera 5 momentos en los cuales el lavado de manos es esencial:

- Antes de tocar al paciente.

- Antes de realizar una técnica limpia o aséptica.
- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
- Después de tocar al paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente.

Aunque el lavado de manos es importante en todo el entorno hospitalario, dentro del bloque quirúrgico cobra mayor repercusión, debido a que el paciente está más expuesto a infecciones y los profesionales sanitarios deben mirar por la seguridad del paciente.

En la práctica quirúrgica, actualmente, se realiza el lavado de manos de 3 maneras distintas:

- Con cepillo y jabón antiséptico:

Esta técnica consiste en eliminar los patógenos de la piel a través de la utilización de un antiséptico jabonoso. La técnica se realiza cepillando desde las manos al codo, se comienza retirando todo objeto que llevemos en manos o muñecas, tras lo cual procederemos a coger nuestro cepillo y cepillaremos las uñas con el cepillo y seguiremos bajando con la esponja hasta llegar al codo con movimientos circulares y las manos mirando hacia arriba y dedos extendidos, esta acción la realizaremos en ambos brazos.

El cepillado debe durar entre 3-6 minutos, tras los cuales procederemos a retirar el jabón pasando por debajo del grifo, siempre con la mano por encima del codo, desde la mano hasta el codo.

Una vez retirado el jabón ingresaremos al quirófano, donde nos secaremos con papel secante estéril o compresas estériles, para luego proceder a colocarnos bata y guantes estériles.

Importante mantener las manos por encima del codo para que el agua siga cayendo por él y no volvamos a contaminarnos las manos con los restos que puedan quedar en esa agua.

- Con solución alcohólica:

En esta técnica, como su nombre indica, el lavado de manos se realiza sin agua, pero para ello las manos deben estar limpias anteriormente y con los objetos de dedos y muñecas retirados.

La técnica se realiza produciendo una fricción, comenzando en los antebrazos, con diferencia a la técnica de cepillado, y siguiendo hacia arriba a muñecas y por último, manos.

Como en la anterior técnica se deben mantener las manos por encima de los codos, hasta que se evapore la solución alcohólica.

El tiempo de esta técnica es menor a la del cepillado, durando el procedimiento entre 2-3 minutos, echando tanta solución alcohólica necesitemos durante este

periodo de tiempo.

Transcurrido el tiempo ingresaremos en el quirófano y dejaremos secar la solución alcohólica para luego proceder a vestirnos con bata y guantes estériles.

- Técnicas combinadas de cepillo y solución alcohólica:

Esta técnica, como su nombre indica, consiste en combinar las 2 anteriores. Primero procederemos a hacer un lavado de manos con cepillo y jabón, cabe destacar que el jabón puede ser antiséptico o no, ya que el cepillado es para retirar la posible suciedad que tuviésemos en las manos antes de aplicar la solución alcohólica. La técnica del cepillado se hará de igual modo que si no la combinásemos, pero el tiempo de cepillado puede reducirse entre 2-4 minutos.

Tras retirar el jabón nos secaremos, no siendo obligatoria que sea con toallas estériles, ya que como hemos comentado es un lavado para retirar restos de suciedad y no como lavado quirúrgico.

Tras secarnos procederemos al lavado de manos con solución alcohólica de igual modo que anteriormente hemos mencionado.

Respetaremos el tiempo entre 2-3 minutos de lavado, porque este lavado si es el que precede a pasar a quirófano para comenzar a vestirnos de modo estéril, y es el tiempo necesario para considerarlo lavado quirúrgico.

5 Discusión-Conclusión

La OMS en 2009 ya propuso que el lavado de manos se hiciese fundamentalmente con solución alcohólica, ya que quedo demostrado que es más eficaz disminuyendo los patógenos de la piel.

En esta revisión también queda patente que el lavado de manos con cepillo y jabón antiséptico conlleva más gasto y más tiempo invertido que el lavado de manos con solución alcohólica.

Ambas técnicas se pueden considerar como primera elección porque por efectividad y eficacia son similares.

Pero cabe destacar que para un buen lavado quirúrgico con solución alcohólica, lo primero es tener las manos limpias, por lo que muchos profesionales sanitarios optan por la técnica combinada, para retirar la posible suciedad de las manos con jabón y seguidamente hacer lavado quirúrgico con la solución alcohólica por rapidez de actuación.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Revisión bibliográfica sobre el lavado de manos quirúrgico [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-bibliografica-sobre-el-lavado-de-manos-quirurgico/>.
2. Mena-Gómez II. Actualidades en la higiene de manos quirúrgica. Revisión de la literatura. Enferm Univ [Internet]. 2020;17(1). Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v17n1/2395-8421-eu-17-01-95.pdf>.
3. Investigación RS. La importancia de un correcto lavado de manos quirúrgico [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 [citado el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-de-un-correcto-lavado-de-manos-quirurgico/>.
4. Investigación RS. Desinfección quirúrgica de manos. Comparación de eficacia del lavado con cepillo y lavado con solución hidroalcohólica [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 [citado el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/desinfeccion-quirurgica-de-manos-comparacion-de-eficacia-del-lavado-con-cepillo-y-lavado-con-solucion-hidroalcoholica/>.

Capítulo 67

TRASTORNO DE DESREGULACIÓN DISRUPTIVA DEL ESTADO DE ÁNIMO Y EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA

LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO

MARIA ROSA MARTINEZ HARO

EVA MARÍA ÁLVAREZ CEVIDANES

BEATRIZ JUSTO SÁNCHEZ

ROCIO DIAZ GUZMAN

1 Introducción

El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA) es propio de niños y se establece para evitar la sobrestimación de trastorno bipolar en edad infanto-juvenil, consiste en una afección en la que el niño es crónicamente irritable y experimenta estallidos frecuentes y graves de humor.

El TDDEA fue introducido en el DSM-5 para proporcionar un diagnóstico que permitiese incluir rabietas y episodios de cólera desproporcionados al contexto, no consistentes con el nivel de desarrollo del niño, y que ocurren con un promedio de tres o más veces por semana.

Este trastorno suele comenzar cuando los niños tienen entre 6 y 10 años de edad y también pueden actuar junto a los siguientes trastornos : Trastorno nega-

tivista desafiante, Trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y Un trastorno de ansiedad.

Existen muchos casos de supuestos TDDEA que, debido a la similitud entre la sintomatología de ambas afecciones, se han diagnosticado como trastorno bipolar pediátrico. La principal diferencia entre ambos es que, así como en el trastorno bipolar el menor presenta episodios bien definidos de estado de ánimo depresivo y de manía, mientras que los niños diagnosticados de TDDEA no experimentan estos diferentes episodios de manera tan precisa o delimitada. En la bipolaridad los episodios específicos se van entremezclando con momentos de tranquilidad, mientras que en el TDDEA los periodos de cambio son mucho más persistentes.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es familiarizar a los lectores con este tipo de trastorno muy común en personas infantiles y el papel que desarrollan los enfermeros.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se realizó una búsqueda de los artículos clave, así como una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed, Scielo y Medline, así como en buscadores de Internet como Google utilizando palabras clave.

4 Resultados

Dougherty et al observaron que sólo la “surgencia” o extraversión temperamental (concepto que refleja altos niveles de actividad, búsqueda de recompensa, baja timidez e impulsividad) y un trastorno por abuso de sustancias en los padres durante la vida predecían la aparición de un TDDEA a los 6 años de edad.

Hasta la fecha, se han realizado pocos estudios sobre los factores familiares, sociales o ecológicos que pudiesen contribuir al desarrollo de un TDDEA. En unas revisiones se observaron que más de un 75% de los pacientes con un TDDEA tenían antecedentes familiares de problemas de salud mental, incluyendo trastornos de depresión mayor (56%), TDAH (25%) y trastornos de ansiedad (17%).

Para que esta cólera o agresividad pueda ser considerada como patológica debe de interferir en la vida diaria del menor, así como en su rendimiento académico y en la dinámica diaria familiar. En cuanto al ámbito familiar, este trastorno tiende a generar una gran impotencia puesto que son incapaces de manejar o controlar la conducta.

El tratamiento del TDDEA todavía se encuentra en vías de investigación y desarrollo por los profesionales clínicos. No obstante, el protocolo principal para la intervención de adolescentes en estos casos incluye la combinación de fármacos con psicoterapia.

En niños más pequeños, el tratamiento no está tan claro. Puede intentarse la psicoterapia como primera opción, usándose la farmacoterapia solo en caso necesario.

La medicación de elección suelen ser fármacos estimulantes o medicamentos antidepresivos como los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), antipsicóticos y tricíclicos, mientras que la psicoterapia consiste en un análisis conductual aplicado.

Además, se resalta el papel activo de los padres en el tratamiento, puesto que estos deberán aprender a manejar de la mejor manera posible los cambios en el estado de ánimo del niño.

Así mismo, se han utilizado antipsicóticos de segunda generación, como la risperidona, ya que reduce el comportamiento agresivo y la irritabilidad. Sin embargo, hay que tener en cuenta los efectos adversos potencialmente peligrosos que pueden tener este tipo de fármacos en niños y adolescentes.

Los fármacos tricíclicos son más efectivos, pero producen más efectos secundarios, por ellos, raramente se prescriben a los niños.

5 Discusión-Conclusión

Además de todas las opciones farmacológicas citadas anteriormente, el personal de enfermería está capacitado para abordar y satisfacer las necesidades especiales de estos pacientes, conocen los efectos adversos de los medicamentos, enseñan a los padres las estrategias para lidiar con las crisis e identificar posibles factores de estrés y desencadenantes, etc.

Los enfermeros deben de formar parte del equipo interdisciplinar de los centros

de rehabilitación, hogares protegidos... Aportando sus conocimientos y su experiencia en la relación terapéutica con los pacientes. También deben escuchar a los pacientes/ familiares e innovar y mejorar prácticas basadas en la evidencia. También participan en la reducción de la prevalencia de enfermos, mediante un diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo, facilitando el acceso a los servicios de salud mental.

6 Bibliografía

☒ Información básica sobre el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Recuperado de : ☒ <https://childmind.org/article/informacion-basica-sobre-el-trastorno-de-desregulacion-disruptiva-del-estado-de-animo/>

☒ Zepf, F. D., Biskup, C. S., Holtmann, M., y Runions, K. (2017). Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. En M. Irrázaval y A. Martín (Eds.), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra.

☒ Josephine Elia, M. D. (2019). Depresión y trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo en niños y adolescentes. Msd y los manuales Msd. Sidney Kimmel Medical College of Thomas Jefferson University.

Capítulo 68

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL CATÉTER DE ACCESO VENOSO CENTRAL (PICC)

LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO

MARIA ROSA MARTINEZ HARO

EVA MARÍA ÁLVAREZ CEVIDANES

BEATRIZ JUSTO SÁNCHEZ

ROCIO DIAZ GUZMAN

1 Introducción

El catéter PICC es un catéter central canalizado por vía periférica por personal de enfermería. Se trata de un catéter largo y flexible, el cual, se divide hasta en 3 sondas más pequeñas llamadas "luces". Durante su canalización se debe elegir una vena de la parte superior del brazo (vena cefálica, basilica, mediana cubital o braquial) y se introduce hasta la vena cava, cerca del corazón.

L@s enfermer@s son los responsables de la inserción y mantenimiento de este tipo de catéteres.

Está indicado en pacientes de largo tratamiento por vía intravenosa (quimioterapia), pacientes que precisan de extracciones de sangre rutinariamente y tienen un mal acceso venoso periférico. El PICC también se usa para la administración

de nutrición parenteral, administración de medicación intravenosa y sueroterapia. También se pueden emplear para administrar contraste durante pruebas médicas de imagenología

En la canalización de este tipo de vías se debe evitar las flexuras, venas con presencia de flebitis, miembros con vaciamiento ganglionar o venas trombosadas o varicosas.

Tras su inserción, pueden existir complicaciones, siendo las más comunes la infección, la aparición de trombosis, oclusión del PICC o lesiones cutáneas por el uso de esparadrapos o apósitos.

Tener canalizada un PICC no debería impedir realizar la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria. Es importante que el apósito se mantenga seco y limpio.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento de la técnica de canalización y cuidado del PICC para evitar complicaciones adversas durante y tras la colocación

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

Es competencia de enfermería, canalizar y educar a los pacientes para el cuidado del PICC.

La inserción del catéter central de acceso periférico (PICC), se debe realizar bajo prescripción médica. Las venas basílicas del brazo son la primera opción para la colocación de estos dispositivos, aunque también hay otras opciones de canalizado como la vena cubital, braquial o las cefálicas.

Para su colocación, previamente se informará de todo el proceso al paciente, respondiendo a cualquier duda que este tenga.

Una vez el paciente esté informado se puede dar comienzo a la técnica.

El punto de punción debe ser previamente observado mediante un ecógrafo, buscando la mejor opción para realizar una buena canalización.

Una vez elegido el punto, se debe realizar una buena preparación del campo estéril con las manos bien limpias, guantes y paños estériles. También habrá que mantener lo más limpio y desinfectado posible, la zona de punción, la cual se anestesiara más tarde con anestesia local para disminuir el dolor que le provocaremos al paciente.

Una vez localizada la vena, realizaremos la punción y se irá introduciendo el catéter hasta llegar a la parte superior de la vena cava. El otro extremo del catéter lo mantendremos siempre a la vista y al final del procedimiento se sujetará a la piel con una sutura.

Hay unos kits con todo lo necesario para la canalización del PICC el cual tiene: PICC, fiador, dilatador, jeringa de 10ml y apósito.

El catéter debe de limpiarse con suero fisiológico y heparinizarse con fibrilín, todo ello administrado en una jeringuilla de 10 ml.

El cuidado de este dispositivo se debe realizar cada 7-10 días por personal sanitario y siempre mediante una técnica estéril. El catéter deberá lavarse con 10ml de suero fisiológico en una jeringa de 10 ml mediante la técnica push up y finalmente se heparinizará con una ampolla entera de fibrilín en una jeringa de 10 ml, también.

5 Discusión-Conclusión

Este dispositivo ofrece numerosas ventajas al paciente frente a lo catéter venosos normales. Es cómodo para el paciente, evitándole un mayor número de pinchazos tanto para la administración de medicación como para las extracciones sanguíneas necesarias.

Es fundamental que el personal sanitario tenga un buen conocimiento de esta técnica, ya que es una técnica que es propia de los enfermeros. Mantener una buena higiene de manos y crear un buen campo estéril previene de muchas infecciones y complicaciones en los pacientes portadores de estos dispositivos.

Es importante dar una buena educación sanitaria, para que así el paciente sea capaz de mantenerlo siempre limpio.

6 Bibliografía

1. Información sobre el catéter central de inserción periférica (PICC) [Internet]. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. [citado el 31 de agosto de 2023].

Disponible en: <https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/about-your-peripherally-inserted-central-catheter-picc>

2. Revistacientificasanum.com. [citado el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v1_n3_a5.pdf

Capítulo 69

INFLUENCIA DEL TRIAJE DE URGENCIAS EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES QUE ACUDEN CON ICTUS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ

SARA CASTELLANOS CASTRO

CRISTINA SERRANO MOVILLA

MONTSERRAT COMINO BRUNNER

ELSA MOLINERO CASTAÑEDA

1 Introducción

En las últimas décadas, los servicios de urgencias en España han padecido un aumento de la demanda, siendo más de 18 millones de personas atendidas en 1977, de 26,2 millones en 2007 (1), y llegando a los 31 millones en 2019. A excepción de los años 2020 y 2021, puesto que los últimos datos han mostrado una reducción de las urgencias debido a la pandemia del COVID-19 y sus medidas para frenar el contagio. (2) A pesar de la reducción durante estos años, el aumento de la demanda en los servicios de urgencia ha dificultado a los profesionales sanitarios brindar una atención rápida y eficaz, ya que se han observado que hasta el 70% de los casos suelen ser situaciones no urgentes. (3) Esto genera tanto demoras en

la asistencia a los pacientes graves como el incremento de los costes asistenciales. (4)

El incremento de la atención en urgencias, así como los cambios en estructuración y organización de dichos servicios, ha generado el desarrollo de sistemas como el triaje que ayuden solventar esta situación.

El triaje se ha definido como un proceso de valoración clínica preliminar que permite manejar la gestión del flujo de pacientes en función de su urgencia y/o gravedad cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Esto ayuda a mantener una asistencia eficaz y eficiente, ya que es una herramienta rápida y fácil de llevar a cabo (5).

Además, según la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, este término es definido también como recepción, acogida y clasificación del paciente (6)

Por otro lado, el ictus es definido como la alteración derivada de un trastorno vascular con una manifestación aguda debido a que su aparición suele ser súbita y agresiva. (8) La Organización Mundial de la Salud define a esta enfermedad como una afectación neurológica focal o de manera general, de presunto origen vascular, con aparición súbita que puede perdurar más de 24 horas o incluso llegar a causar la muerte. (9)

En el presente capítulo se describirán este tipo de protocolo, y cómo el profesional de enfermería puede implementarlo en su ejercicio profesional.

2 Objetivos

- Exponer las actuaciones llevadas a cabo durante el triaje en urgencias en la atención de cualquier paciente y, concretamente, en los casos de ictus.
- Dar a conocer el modelo estándar de triaje en urgencias en todo el territorio español para la atención de pacientes.
- Identificar las consecuencias de un manejo inadecuado del triaje en urgencias por los profesionales de enfermería en la atención de pacientes con ictus.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación basada en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en este campo. Para ello, se ha realizado una búsqueda bibliográfica de libros, así como de artículos científicos en las siguientes bases de datos: PubMed, Medline, y Scholar Google.

Una vez realizada la búsqueda se han incluido artículos científicos y trabajos de investigación procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La evidencia científica ha demostrado que disponer de un sistema de triaje en los servicios de urgencia hospitalarios se ha considerado como un índice de calidad básico.

Para ello, se han identificado cuatro índices de calidad que deben cumplirse en el sistema de triaje implantado (9):

- Los pacientes sin ser atendidos por el médico deben ser < o igual al 2% del total de pacientes que acuden al centro.
- El tiempo desde la llegada del paciente a urgencia hasta su clasificación debe ser inferior a diez minutos.
- Es recomendable que el tiempo que dura la clasificación del paciente debe ser inferior a cinco minutos.
- El tiempo de espera en aquellos pacientes considerados como nivel V de prioridad (menos urgentes) no debe superar los 240 minutos.

Existen diferentes métodos de triaje de ictus, son herramientas eficaces para detectar fácilmente los casos de ictus agudo debido al reducido número de ítems. Sin embargo, en algunos casos solamente se evalúan a través de la presencia de algunos síntomas, como pueden ser: alteración del habla, parálisis o debilidad de las extremidades (10).

Algunas de las escalas más utilizadas son la Escala de accidentes cerebrovasculares del Instituto Nacional de Salud y la Escala de Rankin modificada, ambas están orientadas a predecir los casos de ictus agudos para detectar el estado previo del paciente, evaluar su gravedad y aplicar el tratamiento más adecuado. Son escalas rápidas de administrar y requieren un número reducido de profesionales. (11)

La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) asumió el Sistema Español de Triage como el modelo estándar de triaje en todo el territorio español. Este modelo, al igual que muchos otros, establece niveles de priorización en la atención. Cada nivel determina el tiempo óptimo incluido desde la llegada del paciente, hasta su atención, los cuales pueden variar en función del modelo. A pesar de ello, todos coinciden en la siguiente clasificación por niveles (9):

- Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata sin esperas.

- Nivel II: aquellas situaciones muy urgentes, con riesgo vital, dolor muy intenso. La espera del paciente no debe ser mayor a 15 minutos.
- Nivel III: situaciones urgentes, con riesgo vital menor que probablemente exija pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. La espera del paciente puede llegar a ser de 60 minutos.
- Nivel IV: urgencia menor, sin riesgo vital para el paciente. La demora máxima es de 120 minutos.
- Nivel V: no existe urgencia. Poca complejidad patológica o algunos casos de cuestiones administrativas, citaciones, prescripciones de medicación, etc. La demora puede llegar a ser de hasta 240 minutos.

La mayoría de evidencia científica concuerdan en la importancia del tiempo en la atención a este tipo de pacientes. Se considera que un transcurso de media hora o inferior desde la llegada del paciente hasta el comienzo del tratamiento es el indicador de calidad más importante en su atención. (12) La administración tardía del tratamiento aumenta el índice de mortalidad, aumentando así potencialmente complicaciones como la hemorragia intracraneal o epilepsia (13).

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que los sistemas de urgencias en los hospitales cuenten con protocolos de actuación para que los pacientes con ictus puedan ser identificados para ser correctamente atendidos y tratados. El papel de la enfermería es clave en este punto, por lo que la enfermera de triaje debe ser la encargada de identificar los síntomas de esta patología y activar así el llamado "Código ictus" si lo considera oportuno.

En relación con lo anterior, el impacto económico del ictus es efímero comparado con el impacto funcional y psicosocial sobre el paciente y su familia. Por ello, el tiempo transcurrido desde el comienzo del ictus hasta su tratamiento es un factor pronóstico clave del paciente, contando este periodo desde que el paciente contacta con el servicio de urgencias hasta que es tratado es fundamental para que el desenlace sea el mejor posible.

6 Bibliografía

1. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, 2007. Instituto de Información sanitaria, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
2. Ministerio de Sanidad. Actividad de urgencias: Total urgencias atendidas. Portal estadístico. Área de Inteligencia de Gestión. Visitado el 13 de

- agosto: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/C/siae/escri-siae/actividad-asistencial/actividad-urgencias>
3. Millá J. Urgencias médicas: algo más que una serie televisiva. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 295-296.
 4. Zaragoza M, Calvo C, Saad T, Morán FJ, San José S, Hernández P. Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2009; 21: 339-345.
 5. Sánchez Bermejo, R., Cortés Fadrique, C., Rincón Fraile, B., Fernández Centeno, E., Peña Cueva, S., & De las Heras Castro, E. M.. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias*, 2013. 25(1), 66-70.
 6. Wuerz R, Fernandes CM, Alarcon J. Inconsistency of emergency department triage. Emergency Department Operations Research Working Group. *Ann Emerg Med*. 1998 Oct; 32(4):431-5. doi: 10.1016/s0196-0644(98)70171-4.
 7. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte. INE; 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>, acceso: 12.01.15
 8. Wardlaw JM, del Zoppo GJ, Yamaguchi T, Berge E. Thrombolysis for acute ischaemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;7:CD000213.
 9. Berglund A, Svensson L, Wahlgren N, von Euler M; HASTA Collaborators. Face Arm Speech Time Test use in the prehospital setting, better in the ambulance than in the emergency medical communication center. *Cerebrovasc Dis*. 2014; 37: 212-216.
 10. Rodríguez Vico, A., & Sánchez Hernández, F. (2021). Triage por enfermería en el ictus agudo. *Enfermería Global*, 20(64), 108-130.
 11. Palazón-cabanes, Begoña, et al. Identificación de los factores condicionantes de los tiempos e indicadores de calidad en la atención intrahospitalaria al ictus agudo. *Neurología*, 2016, vol. 62, p. 157-64.
 12. Jahan R, Saver JL, Schwamm LH, Fonarow GC, Liang L, Matsouaka RA, Xian Y, Holmes DN, Peterson ED, Yavagal D, Smith EE. Association Between Time to Treatment With Endovascular Reperfusion Therapy and Outcomes in Patients With Acute Ischemic Stroke Treated in Clinical Practice. *JAMA*. 2019, 16; 322(3):252-263.

Capítulo 70

SÍNDROME HELLP EN GESTANTE PRETÉRMINO Y PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MARTA PÉREZ INOCENCIO

PAULA CUERDA LLORET

MARÍA INMACULADA LORENZO INOCENCIO

SILVIA MARÍA RODENAS CANDELAS

1 Introducción

Los trastornos hipertensivos que pueden aparecer durante la gestación abarcan desde la hipertensión gestacional a la preeclampsia, eclampsia y síndrome HELLP, y afectan aproximadamente a un 10% de las gestantes (1).

La hipertensión gestacional es la patología más frecuente (y menos grave) de los trastornos de la tensión arterial durante el embarazo, aparece cuando se presentan cifras de TA por encima de 140/90 mmHg (2).

El siguiente paso en la escala de gravedad sería la preeclampsia, que presenta las mismas cifras que la hipertensión, pero además está asociada con, proteinuria, disfunción materna o disfunción útero-placentaria (1,2).

En cuanto al Síndrome HELLP, es una forma grave de preeclampsia, y cuyas siglas corresponden a H = hemólisis, EL = “elevated liver enzymes” o enzimas hepáticas elevadas y LP = “low platelets” o plaquetas bajas (3). Puede acarrear complicaciones para la madre muy graves como son la eclampsia, desprendimiento de placenta, fallo renal agudo, ascitis o edema cerebral, entre otros (4).

El tratamiento se centra en la estabilización de la gestante y el tratamiento antihipertensivo, también se aplica tratamiento con sulfato de magnesio y en los casos en los que sea posible, inducción o cesárea urgente para terminar la gestación, ya que este síndrome podría evolucionar a eclampsia con gran facilidad (4).

2 Objetivos

Como objetivo principal:

- Elaborar un plan de actuación ante la aparición del síndrome HELLP en una gestante pretérmino mediante el cual podamos controlar el riesgo que dicho síndrome supone para la integridad de la diada materno-fetal.

En cuanto a los objetivos secundarios, destacamos:

- Dar a conocer las principales necesidades alteradas en este síndrome.
- Evaluar las actuaciones de enfermería llevadas a cabo.
- Exponer las principales características del síndrome HELLP y tratamiento.

3 Caso clínico

Gestante de 30 años en semana 34+1 con diabetes pregestacional, nefropatía y retinopatía, polihidramnios leve-moderado y feto grande para la edad gestacional (GEG) que acude a visita en consulta, control obstétrico intensivo (COI), e ingresa en planta para control de bienestar fetal anteparto, ajuste de tratamiento antihipertensivo y filiación de trastorno hipertensivo de la gestación, ya que se sospecha de preeclampsia. En los últimos días, comenta aparición de edemas en MMII.

Enfermedades actuales:

- Diabetes Mellitus tipo I desde los 7 años.
- Retinopatía diabética no proliferativa tratada con láser y edema macular tratado con anti-VEGF.
- Hipertensión arterial en tratamiento con IECAS.
- Hipotiroidismo.

Se realiza valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, resultando alteradas la necesidad de respiración y circulación debido a las altas cifras de tensión arterial, la necesidad de alimentación debido a la diabetes mellitus, necesidad de higiene corporal y piel por los edemas en MMII y necesidad de seguridad debido a la preocupación expresada por la paciente por el bienestar del feto.

Con esta información se realizan los siguientes diagnósticos de enfermería, siguiendo el modelo NANDA, NIC, NOC (5-7):

1. Diagnóstico (NANDA)

00209. Riesgo de alteración de la diada materno-fetal

Definición: riesgo de alteración o deterioro de la diada materno-fetal debido a comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo.

Objetivos (NOC)

1914. Control del riesgo: salud cardiovascular.

Acciones para eliminar o reducir amenazas para la salud cardiovascular.

0802. Signos vitales.

Grado en el que la temperatura, el pulso, respiración y la presión sanguínea están dentro del rango normal.

Intervenciones (NIC)

6680. Monitorización de los signos vitales.

- Controles de TA por turno, triple toma si cifras elevadas.

- Control de diuresis y peso diarios.

- Control glucemias (portadora de sensor y bomba de insulina).

6890. Monitorización fetal electrónica: antes del parto.

- MNE diaria para control de bienestar fetal.

2300. Administración de medicación.

- Administrar el tratamiento pautado (labetalol para regular la TA).

- Comprobar orden médica y alergias a medicamentos.

- Valoración del dolor por turno para administración de analgesia si precisa.

5606. Enseñanza individual.

- Explicar la patología que se está estudiando y el porqué de su importancia.

- Responder dudas de la gestante.

- Explicar signos de alarma ante los que debe avisar (mareos, ver luces, cefaleas...)

2. Diagnóstico (NANDA)

00146. Ansiedad

Definición: estado en el que el individuo presenta sensación de malestar o peligro de origen inespecífico, junto a respuesta vegetativa.

Objetivos (NIC)

1300. Aceptación: estado de salud

Reconciliación con cambios significativos en las circunstancias de salud.

1420. Control de la ansiedad

Acciones personales dedicadas a eliminar o reducir los síntomas de ansiedad.

Intervenciones (NIC)

5820. Disminución de la ansiedad.

- Aplicación de medidas no farmacológicas (y farmacológicas si precisa) para control de la ansiedad.

- Proporcionar información objetiva sobre el diagnóstico para aumentar el conocimiento de la paciente y su seguridad.

4920. Escucha activa.

- Comprender los aspectos que más ansiedad generan en la paciente para poder abordarlos.

- Permitir que la paciente se desahogue.

5880. Técnicas de relajación.

- Enseñar técnicas de respiración y meditación para conseguir la relajación de la paciente.

5270. Apoyo emocional.

- Mostrar nuestro apoyo y comprensión ante sus dudas y temores, mostrarle que es algo normal y que estamos aquí para ayudarla.

3. Diagnóstico (NANDA)

00026. Exceso de volumen de líquidos.

Definición: aumento de la retención de líquidos corporales isotónicos y edemas.

Objetivos (NOC)

0601. Equilibrio hídrico

Equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo.

Intervenciones (NIC)

4120. Manejo de líquidos.

- Administración de sueroterapia pautada por médico (S. Glucosalino + 10 mEq ClK 1500cc/24h).

- Vigilar el estado de hidratación.

- Evaluar ubicación y extensión del edema.

4130. Monitorización de líquidos.

- Registro de los líquidos administrados y los excretados para valorar equilibrio hídrico.

6680. Monitorización de signos vitales.

- Control de diuresis y peso diarios.

Respecto al primer diagnóstico, riesgo de alteración de la diada materno-fetal, se llevaron a cabo las actuaciones indicadas por el protocolo (8). A pesar de la mejoría de las cifras tensionales de la paciente, se decidió la realización de una cesárea para eliminar el riesgo existente, y se realizaron las actividades de enfermería que dicta dicho protocolo, como la administración de dosis de sulfato de magnesio (2-4 mg como dosis de ataque y posteriormente perfusión continua), labetalol para tratamiento antihipertensivo y fluidoterapia antecesorárea

con cristaloides o ringer lactato (8).

En cuanto al diagnóstico de ansiedad, las intervenciones realizadas fueron efectivas, se enseñaron técnicas de control de la ansiedad como son la meditación guiada, técnicas de relajación muscular o de respiración (9). También se utilizó una escala para la valoración de dicha ansiedad, la escala de ansiedad perinatal (Perinatal Anxiety Screening Scale, PASS) (10).

Para controlar el exceso de volumen de líquidos se llevó un control de las entradas y salidas de líquidos para mantener un buen balance, se contabilizaron la diuresis y el peso, valoración diaria de los edemas e intervenciones como elevación de piernas, que pueden ser muy beneficiosas para disminuir tanto el edema como la incomodidad que este produce (11). Tras estas intervenciones, la evolución de la paciente fue favorable y tras la cesárea se dio el alta a domicilio a los 4 días.

4 Discusión-Conclusión

Se comprueba que el síndrome HELLP supone un peligro muy grave para la integridad tanto de la madre como del feto y que la realización de las actividades oportunas supone una forma de reducir este riesgo y recuperar dicha integridad. Además, es una patología en la cual debemos poner el foco en el área psicológica, no solo en la fisiológica, ya que estas pacientes experimentan elevados niveles de ansiedad.

Esta patología pone en grave riesgo la vida de las gestantes y sus fetos, y es necesario ampliar las líneas de investigación existentes y elaborar un plan de cuidados y un protocolo de actuación estandarizado y común para poder actuar de manera temprana y eficiente tras su aparición.

5 Bibliografía

1. De Ginecología, S. E. (2020). Trastornos hipertensivos en la gestación. *Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 63(4), 244-272.
2. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. The HELLP syndrome: Clinical issues and management. A review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2009 Feb 26 [cited 2023 Jan 28]; 9(1):1-15.
3. Wallace K, Harris S, Addison A, Bean C. HELLP Syndrome: Pathophysiology and Current Therapies. *Curr Pharm Biotechnol*. 2018 Jul 12;19(10):816-26.
4. Weinstein L: Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy. 1982. *Am J Obstet*

Gynecol 2005, 193:859.

5. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. Ed. Harcourt. Madrid. 2001. Pág. 217-218.

6. McCloskey J, C., Bulechek G.M.: Proyecto de Investigación Iowa. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC. Segunda Edición. Consejo General de Enfermería. Ed. Síntesis. Madrid. 1999.

7. Johnson, Marion, Maas Meridean, Moorhead Sue. Iowa Outcomes Project. Nursing Outcomes Classification (NOC). Second Edition. Ed. Mosby. Philadelphia. 2000.

8. Complejo hospitalario universitario de Albacete [Internet]. Albacete; 2012. Disponible en: http://hospital.gaeab.sescam.jclm.es/direcciónMédica/obstetricia_ginecologia/publico/doc/protocolosObstetricia/po_07_n61.

9. Rodríguez Pérez, G. (2018). Intervención educativa para disminuir el nivel de ansiedad en la mujer embarazada (Doctoral dissertation, Universidad Veracruzana. Facultad de Enfermería. Región Xalapa).

10. Somerville S, Dedman K, Hagan R, Oxnam E, Wettinger M, Byrne S, Coe S, Doherty D, Page AC. The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. Arch Womens Ment Health. 2014 Oct; 17(5):443-54.

11. Sibai BM. Diagnosis and Management of Gestational Hypertension and Preeclampsia. Obstetrics & Gynecology. 2003 Jul 1; 102(1):181-92.

Capítulo 71

PLAGIOCEFALIA POSTURAL EN RECIÉN NACIDOS

MARTA PÉREZ INOCENCIO

PAULA CUERDA LLORET

MARÍA INMACULADA LORENZO INOCENCIO

SILVIA MARÍA RODENAS CANDELAS

1 Introducción

La plagiocefalia consiste en una asimetría que provoca un aplastamiento en alguna de las caras del cráneo, generalmente alguna de las caras laterales, o de la parte occipital de este (1).

En concreto, la plagiocefalia postural se produce, como su propio nombre indica, al mantener en el recién nacido una postura determinada durante un lapso de tiempo prolongado. Esta afección se acentuó a partir del año 1992, en el cual la Asociación Americana de Pediatría realizó una campaña para disminuir el número de casos de muerte súbita del lactante, y en esta campaña se aconsejaba colocar al bebé en decúbito supino mientras dormía, lo cual conllevó un aumento de las malformaciones craneales en recién nacidos, en concreto la plagiocefalia postural occipital o posterior (1).

En estos neonatos podemos observar un aplastamiento de la zona occipital, junto con una pérdida de pelo de esta misma zona, también es posible observar la aparición de abombamientos del cráneo tanto uni como bilaterales (2).

En cuanto al pronóstico de esta malformación, suele progresar hasta la normalidad en 2-3 meses mediante el tratamiento no quirúrgico, si no progresara favorablemente a los 6 meses aproximadamente sería recomendable abordarla de manera quirúrgica por parte de un neurocirujano (3).

2 Objetivos

- Dar a conocer las principales causas de la plagiocefalia postural en recién nacidos.
- Exponer las posibilidades de abordaje y tratamiento del mismo por el personal de enfermería.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura, consultando en las bases de datos Medline (via PubMed), Web Of Science (WOS) y Cochrane Library los documentos disponibles desde el año 2000 hasta la actualidad, utilizando como criterios de búsqueda una combinación de los términos de lenguaje libre “Plagiocefalia”, “Plagiocefalia postural”, “Enfermería”, “Abordaje terapéutico”, “Causas” y “Tratamiento”, combinados entre sí mediante los operadores booleanos AND y OR.

Como criterios de inclusión se tomaron:

- Publicaciones en inglés o español.
- Pacientes nacidos sin asimetría craneal.
- No disponibilidad de texto completo.

Tras la aplicación de estos criterios de elegibilidad se reunieron 5 títulos que cumplían con los requisitos necesarios para formar parte de esta revisión.

4 Resultados

La causa principal de estas deformaciones craneales se debe a compresiones externas, tanto dentro del útero materno como en el momento del parto o por factores como la posición al dormir de los recién nacidos (4).

También se relaciona con factores maternos como anomalías uterinas o embarazos múltiples o prematuridad, ya que los lactantes prematuros tienden a desarrollar con mayor posterioridad la fuerza muscular necesaria para realizar movimientos de la cabeza por sí mismos (4).

En cuanto al tratamiento, se pueden realizar, por un lado, cambios posturales y fisioterapia, o se puede recurrir a métodos más intervencionistas, como es el uso de órtesis craneales.

- Cambios posturales:

Consiste básicamente en evitar, sobre todo en las primeras semanas de vida del bebé, si es posible, el mantenimiento de una misma postural durante un periodo prolongado, por lo tanto, se recomienda a los padres la rotación de la cabeza del bebé cada 2-3 horas para que este no siga apoyando sobre el occipucio, siempre protegiendo la cabeza del bebé y no apoyándola sobre superficies duras (5). También se les recomiendan ejercicios de rotación de la columna cervical hacia el lado contrario al que normalmente el bebé tiende a mirar (5).

- Fisioterapia:

Normalmente, estos niños suelen cursar con tortícolis asociada, debido a los largos periodos de tiempo con la cabeza rotada hacia el mismo sitio, debiendo ser todos estos tratados con fisioterapia por parte de un profesional, terapia que además de aliviar la tortícolis, es beneficiosa para evitar la rotación de la cabeza del bebé hacia el mismo lado tan frecuentemente (6). Se suele realizar ejercicios de estiramiento muscular 3-5 veces al día (7).

- Órtesis craneal:

Se recomiendan cuando no hay mejoría después de 6-8 semanas con métodos conservadores, el niño deberá llevar 23 horas diarias un casco de presión hecho a medida, que crea una presión sobre la zona afectada, retornándola a su posición natural lentamente, gracias a la labilidad de los huesos de estos recién nacidos (7).

A pesar de estas alternativas de tratamiento, el abordaje más importante de esta patología es su prevención, dentro de esta prevención resaltan recomendaciones como, dentro de lo posible, poner a los niños en posición prona durante el día varias veces, y en posición supina para dormir, cambiando la cabeza de posición durante la noche; también existen dispositivos como el cojín con centro deprimido, que evita puntos de presión y, por tanto, retrasa la aparición de la plagiocefalia postural (8).

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a las causas de la plagiocefalia se puede deber a compresiones externas, se ha visto un mayor predominio de la plagiocefalia postural derecha, la cual se podría deber a una mayor prevalencia de la presentación fetal occipito-iliaca izquierda anterior (4).

Si nos centramos en las posibilidades de tratamiento, no existen suficientes estudios para llegar a conclusiones inequívocas, pero sí se ha podido observar una ligera mayor eficacia del tratamiento con ortesis craneal frente a la fisioterapia y los cambios posturales, pero debemos tener en cuenta que este tratamiento es mucho más invasivo e incómodo para los lactantes que la fisioterapia y los cambios posturales, mucho más respetuosos para los niños (7).

En conclusión, la plagiocefalia postural posee numerosos factores etiológicos que podemos, como personal de enfermería, abordar y prevenir, y es la prevención el principal instrumento para manejar esta patología. En cuanto al tratamiento, podemos afrontar y llevar a cabo las medidas terapéuticas disponibles, y mediante la educación para la salud formar a los padres para que lo apliquen en los domicilios, ya que tanto la fisioterapia, el cambio postural y el poner y quitar la órtesis craneal son tratamientos domiciliarios que no precisan que sea el personal sanitario quien los lleve a cabo.

6 Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics, Task Force on Infant Sleep Positional Sudden Infant Death Syndrome. (2000). Changing concepts of sudden infant death syndrome: implications for infant sleeping environment and sleep position. *Pediatrics*, 105, 650-656.
2. Barlett. (2006). Neurodevelopment delays in children with deformational plagiocephaly. Discussion. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 117, 219-220.
3. Esparza, J., Hinojosa, J., Muñoz-Casado, A., García, I., y Muñoz, A. (2007). Enigmas y confusiones en el diagnóstico y tratamiento de la plagiocefalia posicional. Protocolo asistencia. *Anales de Pediatría*, 67(3), 243-52.
4. Martínez-Lage JF, Arráez Manrique C, Ruiz-Espejo AM, López-Guerrero AL, Almagro MJ, Galarza M. Deformaciones craneales posicionales: estudio clínico-epidemiológico. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2012 Sep 1;77(3):176-83.
5. Salas, A. M. D., Tobías, G. M., & Figueredo, M. M. Abordaje terapéutico en la plagiocefalia postural. *VOLUMEN III*, 461.
6. Álvarez, J. B. (2006). Eficacia del tratamiento con ortesis craneal para la corrección de la plagiocefalia postural. *Pediatría Atención Primaria*, 8(30), 91-101.
7. Salmón Antón F, Rodríguez Cerezo MA, Onís González E. Manejo de la plagiocefalia postural: "Tiempo para mantener las buenas formas." *Boletín de la Sociedad Vasco-Navarra de pediatría = Euskal Herriko Pediatría Elkartearen aldizkaria*, ISSN 0037-8658, No 107, 2007, págs 3-15 [Internet]. 2007;(107):3-15. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?>

codigo=6057479&info=resumen&idioma=BAQ

8. Burón Klose, V., Imperatore Dupré, M. L., & Zuleta Ferreira, A. (2023). Consideraciones actuales en el abordaje de la plagiocefalia posicional. *Andes pediatrica*, 94(2), 134-143.

Capítulo 72

DETERGENTES, DETERGENCIA Y LAVADO DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO

NAOMI RAQUEL DOMÍNGUEZ VALDIVIEZO

1 Introducción

Un detergente es una sustancia química que presenta capacidad para la eliminación de aquella suciedad presente en la superficie de los objetos, pero también en las superficies vivas, por lo tanto, separan la suciedad de los sustratos. En general, son productos o combinaciones químicas que al añadirse al agua incrementan su poder limpiador. Además del agua, su actividad también se relaciona con factores como la temperatura, el tiempo o la acción mecánica.

Un detergente eficaz debe presentar unas buenas propiedades humectantes y de penetración consiguiendo así que el agua también consiga un correcto contacto con la suciedad a limpiar. Además, debe presentar una buena solubilidad en agua, fácil aclarado, debe ser biodegradable, no puede ser corrosivo ni tóxico, debe ser capaz de disolver restos orgánicos e inorgánicos, debe formar poca espuma debe ser eficaz a distintas temperaturas.

Los detergentes pueden ser clasificados por su composición o por su pH. Así dentro del pH diferenciamos los detergentes alcalinos-bases (útiles para la limpieza de residuos proteicos y sustancias orgánicas de pH ácido), los detergentes ácidos (útiles para sustancias alcalinas, sales y minerales calizos) o los detergentes neutros (para uso mixto, suelen utilizarse en uso doméstico).

Por lo que refiere a la composición, diferenciamos a los detergentes según la cantidad que presenten de los siguientes compuestos: los hidróxidos y sales alcalinas que reaccionan ante grasas y proteínas (hidróxido sódico, hidróxido potásico, carbonato sódico, fosfato trisódico o silicato sódico); los tensioactivos, componente principal de los detergentes que presentan una parte polar o hidrofílica y otra apolar o hidrofóbica alterando la tensión superficial del agua (tensoactivos aniónicos, tensioactivos catiónicos, tensioactivos anfóteros o tensioactivos no iónicos); los enzimas, que son proteínas utilizadas en biotecnología para modificar la velocidad de las reacciones químicas de las células, biodegradables y requieren de pH o temperatura determinada; los secuestrantes que, como su nombre indica secuestran iones metálicos como calcio, magnesio, hierro, presentes en el agua y que pueden tener un efecto perjudicial en el proceso de limpieza por su propiedad dispersante (fosfatos y derivados, citratos, silicatos, carbonatos, NTA, EDTA); los ácidos que permiten la eliminación de los depósitos minerales y la neutralización o regulación de la alcalinidad (ácido fosfórico, cítrico o nítrico); y, finalmente, los inhibidores de la corrosión (nitratos, molibdatos, fosfatos, derivados del triazol o tiazol y derivados de aminas grasas).

La detergencia o el poder limpiador del detergente se verá afectado por el material del que debe ser eliminada la suciedad (es importante evitar la corrosión), la calidad del agua, la temperatura (40 °C-50 °C para detergentes neutros y enzimáticos y 90 °C para detergentes alcalinos), el modo de aplicación y, finalmente, el tipo de suciedad a eliminar (para materia orgánica usar detergentes alcalinos o enzimáticos y para inorgánica ácidos).

2 Objetivos

Explicar los diferentes términos relacionados con los detergentes, la detergencia y el lavado de instrumental quirúrgico. Además de explicar las diferentes características de cada uno, así como las condiciones en las que se deben producir para llevar a cabo una limpieza y esterilización del material adecuada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación rigurosa en forma de revisión bibliográfica en la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos con contenidos relacionados con el tema que se expone en el capítulo.

Palabras clave: detergentes, detergencia, enfermería, lavado, agua, esterilización, material, instrumental, quirófano, hospital.

4 Resultados

Una mala calidad del agua puede traducirse en una influencia negativa para el proceso de lavado y, también, para el aspecto óptico resultante (aspecto del material después de ser lavado).

En toda instalación de agua corriente existe, en menor o mayor medida, concentración de sales que pueden influir en este proceso, aumentar la dureza del agua y favorecer, a su vez, la formación de depósitos cálcicos (pudiendo aparecer incluso corrosión debajo de dichos depósitos). Si, por lo contrario, el agua no presenta dureza, sino que estamos ante agua ablandada (agua con sales de sodio) la alcalinidad puede verse incrementada (dependiendo de la temperatura y el tiempo) y, por lo tanto, puede afectar a los instrumentos con superficies de aluminio.

Por lo que refiere a la corrosión o en concreto la corrosión por picadura (vinculada al cloruro), esta se ve incrementada si aumenta en el agua el contenido de cloruro, si se incrementa la temperatura, si se disminuye el pH o, a nivel de manipulación, ante una aplicación prolongada o un mal secado del instrumental. A priori parece que dicha corrosión por picadura sea completamente evitable, pero no siempre es previsible la relación entre la cantidad de cloruro del agua y la corrosión de picadura (se describe que hasta una concentración de cloruro de 120 mg/l y, por lo tanto 200 mg/l NaCl, no hay que temer una picadura de corrosión).

Una mala calidad del agua puede traducirse en una influencia negativa para el proceso de lavado y, también, para el aspecto óptico resultante (aspecto del material después de ser lavado).

En toda instalación de agua corriente existe, en menor o mayor medida, concentración de sales que pueden influir en este proceso, aumentar la dureza del agua y favorecer, a su vez, la formación de depósitos cálcicos (pudiendo aparecer incluso corrosión debajo de dichos depósitos). Si, por lo contrario, el agua no presenta dureza, sino que estamos ante agua ablandada (agua con sales de sodio) la alcalinidad puede verse incrementada (dependiendo de la temperatura y el tiempo) y, por lo tanto, puede afectar a los instrumentos con superficies de aluminio.

Por lo que refiere a la corrosión o en concreto la corrosión por picadura (vinculada al cloruro), esta se ve incrementada si aumenta en el agua el contenido de cloruro, si se incrementa la temperatura, si se disminuye el pH o, a nivel de manipulación, ante una aplicación prolongada o un mal secado del instrumental.

A priori parece que dicha corrosión por picadura sea completamente evitable, pero no siempre es previsible la relación entre la cantidad de cloruro del agua y la corrosión de picadura (se describe que hasta una concentración de cloruro de 120 mg/l y, por lo tanto 200 mg/l NaCl, no hay que temer una picadura de corrosión).

Respecto a los detergentes es importante tener en cuenta su acción surfactante. Nunca se puede realizar un lavado únicamente mediante agua (sea cual sea la calidad de la misma), puesto que el agua no posee acción surfactante. La acción surfactante es aquella que permite disminuir la tensión superficial del agua (también llamado humectación) e interviene en una mejor penetración en la suciedad. Por ello la capacidad de limpieza o detergencia del agua se ve mejorada mediante la acción de un surfactante (en este caso llamado detergente).

Puesto que la correcta limpieza reside en la eliminación de la suciedad visible y la invisible (microorganismos) de una superficie concreta, el proceso de lavado es uno de los procesos principales en el procesado y descontaminación del instrumental.

Gracias a la limpieza la carga microbiana es reducida aproximadamente al 95%, además algunos de los agentes infecciosos son eliminados en el lavado mediante el arrastre de la materia orgánica y, en el caso de los agentes infecciosos que no sean eliminados, un correcto lavado favorecerá que en etapas posteriores (en la esterilización) el agente esterilizador entre en contacto con dicho agente infeccioso.

5 Discusión-Conclusión

Los detergentes son sustancias utilizadas para la limpieza de instrumental quirúrgico. Existen diferentes tipos, como detergentes enzimáticos, alcalinos y ácidos. Los detergentes enzimáticos contienen enzimas que ayudan a descomponer residuos orgánicos. Los detergentes alcalinos son eficaces para eliminar grasas y proteínas, mientras que los ácidos se utilizan para eliminar minerales y depósitos de cal. Para lograr una limpieza adecuada, se deben seguir ciertas condiciones, como utilizar la concentración correcta de detergente, la temperatura adecuada y el tiempo de exposición suficiente. Además, es importante el uso de cepillos y equipos de ultrasonido para una limpieza profunda. Una vez limpio, el instrumental quirúrgico debe someterse a un proceso de esterilización, como la autoclave, para eliminar microorganismos y garantizar su seguridad en el siguiente uso.

6 Bibliografía

1. Basto Medina, L. A., & Urrea Gómez, M. A. (2021). Diseño y construcción de una cabina de desinfección germicida por luz ultravioleta tipo C utilizada en equipos de protección personal (EPP), mediante la determinación de la potencia, el tiempo de exposición y la validación de la eficiencia de esterilización con pruebas de laboratorio. <http://repositorio.uts.edu.co:8080/xmlui/handle/123456789/6275>
2. Figueroa, M., & Magnolia, M. (2021). Riesgo y exposición en central de esterilización en Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía. <https://repositorio.umecit.edu.pa/handle/001/4550>
3. Rivera, Y., & Joselyn, N. (2021). Riesgos físicos que influyen en la salud del personal de enfermería que labora en la central de esterilización del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor 2020 -2021. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2021.
4. Alejos Cabrera, R., Ynga Huamán, G., Gaspar Reyes, W., & Niño Velásquez, A. (2021). Manual de desinfección y esterilización del material de laboratorio de alimento vivo: microalgas. Instituto del Mar del Peru. Informe. <https://biblioimarpe.imarpe.gob.pe/handle/20.500.12958/3530>
5. Callisaya, C., & Binicie, A. (2022). Conocimiento del proceso de preparación y empaque de material quirúrgico del personal de enfermería de la central de esterilización Caja Bancaria Estatal de Salud gestión 2021.
6. Machaca, Y., & Antonieta, C. (2020). Aplicación del sistema de trazabilidad por el personal de enfermería en la Central de Esterilización Hospital Seguro Social Universitario La Paz. Tercer trimestre 2020.
7. Rosero, P., & Bladimir, J. (2022). Protocolos de bioseguridad aplicados por el profesional de enfermería en quirófano y Centro Obstétrico. Hospital San Luis de Otavalo 2022.

Capítulo 73

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO

NAOMI RAQUEL DOMÍNGUEZ VALDIVIEZO

1 Introducción

Muchos de los instrumentos utilizados en las intervenciones quirúrgicas hoy día ya se utilizaban tiempo atrás; a finales del siglo pasado. Podemos ver en el Templo de Luxor de Egipto diversas representaciones de material quirúrgico utilizado en aquella época: legbras, bisturí, separadores.... Las cuales guardan un gran parecido a las utilizadas en la actualidad. A lo largo de este tema vamos a conocer las distintas maniobras básicas quirúrgicas y, el instrumental genérico utilizado en la mayoría de las intervenciones.

Las intervenciones quirúrgicas comprenden una serie de tiempo o fases en los que se van a realizar los diferentes actos que se precisan para conseguir el objetivo final: reparar los daños en las estructuras y órganos del enfermo. Para ello se precisa de una serie de material quirúrgico variado y especializado; podemos clasificar el material quirúrgico en: desechable (se encuentra esterilizado mediante radiación gamma siendo considerado estrictamente como de un solo uso) y no desechable.

El material no desechable está fabricado de acero especial, por lo que precisa determinadas precauciones a la hora de su manipulación: no introducirlo en suero fisiológico (corrosivo), no dejar secar restos orgánicos tras su uso, manipular cuidadosamente, limpiar inmediatamente si contactan con agentes cáusticos o corrosivos, se limpiarán con jabón y agua corriente, la esterilización y secado se realizará mediante autoclave.

2 Objetivos

- Explicar que es el instrumental quirúrgico utilizado en el área de quirófono y cuáles son las clasificaciones.
- Exponer cuáles son las maniobras quirúrgicas básicas que se llevan a cabo en una intervención quirúrgica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación rigurosa en forma de revisión bibliográfica en la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos con contenidos relacionados con el tema que se expone en este trabajo.

Palabras clave: paciente, quirófono, cirugía, instrumental, esterilización, maniobras, intervención, fases, enfermería, hospital.

4 Resultados

La intervención quirúrgica tiene una serie de pasos a seguir, que es igual en todas ellas: Incisión en la piel, disección, hemostasia, cierre tisular, oclusión y vendaje. Aunque existen una serie de técnicas quirúrgicas que se pueden realizar en Atención Primaria en salas destinadas a tal fin, conocidas como salas de cirugía menor, sin necesidad de ser hospitalizado ni de realizarse en un quirófono, ya que no precisan anestesia, no implica riesgo eléctrico (portadores de marcapasos), ni preoperatorio, ni ningún tipo de técnica especial.

Dentro de estas salas de cirugía menor ambulatoria, se realizan técnicas como: Biopsia de Punch (método rápido con el que se obtiene un cilindro de piel con una profundidad de 7-9mm; que tan solo precisa de un punto de sutura), afeitado (es una técnica de biopsia que consiste en la extirpación superficial de la piel; es de fácil ejecución que no precisa sutura y con rápida cicatrización), curetaje (se obtienen muestras superficiales de tejido y exéresis de lesiones), electrocirugía (los aparatos de electrocirugía transforman la energía eléctrica en calor, según la longitud de onda se pueden aplicar técnicas), criocirugía (consiste en la destrucción de lesiones cutáneas mediante la congelación controlada, se realiza de manera sencilla y tiene bajo riesgo de infección), drenaje de abscesos (mediante una pequeña incisión se drena el pus y libera de las bridas, adherencias y tejidos

necróticos que puedan entorpecer el desbridamiento) y extirpación de quistes y otras lesiones.

La incisión en la piel es el primer paso; comienza con el corte cutáneo que se realiza mediante un bisturí montado previamente; el corte de la piel se realizará mediante un solo trazo profundo y continuo; manteniendo la hoja de bisturí perpendicular a la superficie cutánea. La incisión de la piel deberá seguir las líneas de tensión cutáneas (Líneas de Langer) lo que ayudará a minimizar la tracción sobre la herida quirúrgica facilitándose el cierre.

Una vez que se ha cortado la piel; se procederá a la separación de los tejidos. Esta maniobra se podrá realizar de dos maneras: disección cortante (mediante tijera o bisturí) y disección roma (se introduce la tijera cerrada).

En relación con la hemostasia, la forma de hemorragia es la cirugía, es el sangrado en sábana de plexo capilar; si se corta una vena el sangrado es más oscuro y de manera continua; en cambio, el sangrado arterial es pulsátil y abundante. Las técnicas de hemostasia más utilizadas se realizan mediante: compresión (digital con gasa montada), sutura y vendaje compresivo, hemostático (mediante celulosa oxidada reabsorbible o nitrato de plata), isquemia (banda de goma, dedo de guante...), ligadura de vasos (se pinza y liga el vaso con sutura reabsorbible) y electrocoagulación (si se dispone de bisturí eléctrico se podrá coagular el vaso mediante una pinza).

El cierre tisular para conseguir un adecuado cierre y obtener un buen resultado estético de la herida se deben seguir una serie de pautas: aplicar el número de puntos adecuados, no dejar una herida con bordes a tensión, reparar en profundidad todas las estructuras lesionadas de la herida y producir la eversión de los bordes. Podemos diferenciar distintas técnicas de sutura, aunque las más frecuentes son: superficiales (entre las que debemos mencionar: la sutura simple discontinua, colchonero vertical, colchonero horizontal, simple continua, grapas y adhesivas) y enterradas (subcutánea de puntos invertidos e intradérmica).

Una vez se ha suturado por completo la herida o incisión quirúrgica, se procederá a limpiar la zona con povidona yodada, protegiéndose con un apósito estéril que absorba el posible sangrado. En ocasiones es preciso utilizar vendaje compresivo mediante vendas de crepé y en aquellas heridas localizadas en las extremidades se utilizan diversos tipos de medias elásticas.

Para evitar que la herida quirúrgica pueda ocasionar complicaciones postquirúr-

gicas se deberá llevar a cabo una serie de medidas preventivas con lo que se evitará: Excesivo sangrado de la herida: mediante la realización de una correcta hemostasia durante el desarrollo de la intervención quirúrgica; hematomas: si no se ha sutura bien los distintos planos, o se han dejado huecos o cavidades sin suturar en la herida; infección: si a lo largo de la intervención no se ha llevado una correcta asepsia, o si hay demasiada tensión en la herida; reapertura de la herida: esto se evitará cuando la herida no sufra excesiva tensión; cicatrización hipertrófica: puede suceder cuando se emplea sutura intradérmica.

Se define como instrumental quirúrgico al conjunto de objetos que son utilizados directamente por el cirujano, ayudantes y enfermera instrumentista para la realización de una intervención quirúrgica. El instrumental se clasifica en varios grupos:

- Básico: es aquel que es común en todo tipo de intervenciones, cualesquiera que sea la especialidad.
- Específico: aquel que se utiliza en un determinado tipo de intervención.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo se comprueba que la intervención quirúrgica tiene una serie de pasos a seguir, que es igual en todas ellas: incisión de la piel, disección, hemostasia, cierre tisular, oclusión y vendaje. Se puede clasificar el instrumental quirúrgico en desechable y no desechable.

Se destaca la importancia de que la incisión de la piel deberá seguir las líneas de tensión cutáneas (Líneas de Langer), lo que ayudará a minimizar la tracción de los tejidos sobre la herida quirúrgica facilitándose el cierre.

Se recomienda, que una vez que se ha suturado por completo la herida o incisión quirúrgica, se limpie la zona con povidona yodada, protegiéndose con un apósito estéril que absorba el posible sangrado.

6 Bibliografía

1. Ehu.eus. [citado el 5 de agosto de 2022]. Disponible en: [http://www.oc.lm.ehu.eus/Departamento/Oferta Docente/ Fundamentos/ Contenidos /prácticas/ INSTRUMENTAL COMUN/ InstrumentalNagoreMartin.pdf](http://www.oc.lm.ehu.eus/Departamento/Oferta%20Docente/Fundamentos/Contenidos/pr%C3%A1cticas/INSTRUMENTAL%20COMUN/InstrumentalNagoreMartin.pdf)
2. Sarriá OLS, Díez YG, Dávila CMH, de Villa EDC. Manual de instrumental

quirúrgico. Medisur [Internet]. 2014 [citado el 5 de agosto de 2022]; 12(5):781–818.

3. Perez J. Instrumental Quirúrgico I [Internet]. Axon Comunicación. Expertos en soluciones integrales. 2018 [citado el 5 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://axoncomunicacion.net/portfolio/asistente-veterinario/no73-asistente-veterinario/instrumental-quirurgico-caracteristicas-esterilizacion>.

Capítulo 74

EL PACIENTE QUIRÚRGICO

NAOMI RAQUEL DOMÍNGUEZ VALDIVIEZO

1 Introducción

Las intervenciones quirúrgicas precisan para la realización de un determinado tiempo dependiendo del tipo de intervención y del equipo quirúrgico será el cirujano que ha indicado la operación quien le informe del proceso; de la recuperación que seguirá a esa intervención y de los distintos riesgos que conlleva someterse a una intervención quirúrgica.

Las operaciones suponen en la mayoría de las ocasiones una experiencia traumática, tanto para el paciente como para los familiares y acompañantes; para muchas personas una operación equivale a desfiguración y dolor, por lo que el personal sanitario debe ser consciente de las necesidades psicológicas de aquellos que van a ser intervenidos. El periodo perioperatorio es el tiempo que transcurre antes, durante y después de la intervención; dentro de él podemos distinguir entre periodo perioperatorio (donde el paciente deberá ser preparado física y psicológicamente para la cirugía; siendo muy importante en este momento la actuación del personal de enfermería; la duración es variable: desde unos meses o a tan solo unas horas), periodo intraoperatorio (es el tiempo que dura la operación, comienza con la administración de la anestesia y finaliza cuando la intervención ha sido completada) y periodo postoperatorio (es el que sigue a la intervención; siendo la función más importante del personal el de ayudar al paciente a recuperarse y a prevenir posibles complicaciones).

Son diversos los motivos o razones que nos llevan a someternos a una cirugía, podemos hacer la clasificación con respecto al tiempo y a la finalidad de la misma,

siendo: opcional (aquella que aún no siendo imprescindible para la vida, es solicitada por el paciente para mejorar su autoestima o bienestar), necesaria (aquella que es aconsejada por el médica y necesaria para la conservación de la vida del paciente; aunque su realización puede ser demorada) y urgente (es la intervención que debe realizarse en el menor periodo de tiempo posible, ya que la vida del paciente se encuentra en peligro y es vital para restablecer su salud).

2 Objetivos

Explicar qué es el paciente quirúrgico y las razones que pueden darse para llevarse a cabo una cirugía; así como valorar del riesgo quirúrgico y los posibles riesgos previos del paciente a la cirugía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación rigurosa en forma de revisión bibliográfica en la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos con contenidos relacionados con el tema que se expone en el capítulo.

Palabras clave: paciente, quirófano, cirugía, opcional, necesaria, urgente, valoración, fases, enfermería, hospital.

4 Resultados

El riesgo de una intervención quirúrgica va a depender de una serie de factores como son la edad, estado nutricional, equilibrio de líquidos y electrolitos, estado general, medicación y salud mental.

El riesgo quirúrgico va a depender en gran medida de la edad del paciente, el riesgo es mayor en pacientes de corta edad y en los ancianos. La respuesta fisiológica de un recién nacido o un niño de corta edad es distinta a la del adulto, ya que en los niños los riesgos influyen en el sistema circulatorio, en la función renal (ya que no se desarrolla totalmente hasta los seis meses de edad); el recién nacido solo puede responder a una necesidad adicional de oxígeno con un aumento del ritmo respiratorio; y una reducción de volumen sanguíneo puede ocasionarla una reducción de la reserva de líquidos.

Por otro lado se tiene al paciente anciano, los cuales suelen tener multitud de patologías asociadas, entre ellos destacamos los relacionados con el sistema circulatorio ocasionados por la aterosclerosis y al deterioro de la función cardiaca; las reservas energéticas son considerablemente menores, al igual que en la mayoría de los casos se encuentran mal nutridos e incluso en estado de deshidratación.

Cuando es estado general del paciente es bueno, el riesgo que supone una intervención quirúrgica es menor, debido a que una operación supone en ocasiones un riesgo de infección. Son las infecciones del tracto respiratorio superior uno de los principales problemas; el que el paciente haya sufrido una enfermedad cardiovascular reciente, puede hacer que la intervención sea más peligrosa de lo normal; las funciones metabólicas hepática son primordiales, ya que influyen sobre la cicatrización y la detoxificación y eliminación de los medicamentos (cuando un hígado no realiza su función de manera adecuada el hígado no detoxificara los fármacos, ni metabolizara los carbohidratos, proteínas y grasas de forma normal); la función renal será la encargada de eliminar los productos de desecho.

La deshidratación y la hipovolemia predisponen al paciente a sufrir problemas durante el tiempo de intervención; por lo que se deberá prestar especial atención a los desequilibrios de calcio, magnesio, sodio, potasio e hidrógeno.

En ocasiones el profesional se encuentra con pacientes malnutridos debido a las faltas proteínicas, de hierro o de vitaminas; y pacientes obesos. Ambos son casos de riesgo ante una cirugía; los pacientes obesos suelen tener en la mayoría de los casos sobrecarga cardiaca y tensión arterial elevada; además que en los tejidos con exceso de grasa la saturación es más compleja y existe mayor riesgo de infección. Los pacientes con malnutrición suelen ser personas ancianas y enfermos crónicos; en este tipo de pacientes es frecuente que exista una mala cicatrización de las heridas; hay que recordar que se requiere proteínas y vitaminas (en especial la vitamina K que será la encargada de la coagulación de la sangre) para una perfecta y adecuada cicatrización.

El consumo de una serie de medicamentos de una serie de medicamentos puede aumentar el riesgo quirúrgico; entre los cuales se incluyen: diuréticos (producir desequilibrios electrolíticos, especialmente el potasio), anticoagulantes (aumentar el riesgo de hemorragia), tranquilizantes (pueden ocasionar hipotensión, elevado riesgo de shock), antibióticos (incompatibles con los agentes anestésicos) y la heroína y otros depresores reducen la respuesta del sistema nervioso central.

Además, son muchas las ocasiones en las que el estado de ansiedad del paciente

no es coherente con el tipo de intervención quirúrgica; por lo que es importante que el cirujano sea conocedor del estado mental del paciente. Las personas que presentan cuadros de ansiedad aguda y aquellos pacientes que han padecido desequilibrio emocional pueden elevar el riesgo quirúrgico.

La persona que va a ser sometida a una intervención quirúrgica (bien de manera urgente o programada) deberá experimentar una serie de valoraciones y estudios. El éxito de una intervención quirúrgica en parte depende de que se hayan tomado una serie de medidas adecuadas en los momentos previos a la intervención. El principal objetivo de la preparación de la piel del paciente es disminuir el porcentaje de bacterias lo que lleva a una disminución del riesgo de infección. El paciente se bañará la mañana con un jabón antiséptico tipo clorhexidina; en el caso de pacientes operados de urgencias deberá ser lavada la piel con suero fisiológico; siendo preciso rasurar antes del tratamiento quirúrgico (dependiendo del tipo de intervención y de la zona a intervenir).

El personal sanitario deberá conocer los distintos riesgos que tiene un paciente quirúrgico, para de esa manera evitar que puedan suceder: Inmovilización inadecuada en la mesa y posición quirúrgica: se procurará realizar una correcta colocación del paciente favoreciendo en todo momento la buena ventilación aérea y circulación sanguínea; protegiendo las prominencias óseas para evitar lesiones; sujetar las extremidades del paciente para evitar caídas cuando se haya inclinado la mesa; comprobar el correcto funcionamiento de los frenos de las camas a la hora de trasladar al paciente a la mesa quirúrgica; sujetar adecuadamente las vías venosas y los distintos tipos de drenajes, evitándose la obstrucción de los mismos; asegurarse de poner la toma de tierra del visturía eléctrico, ya que en caso de no hacerlo se podría provocar quemaduras; favorecer un ambiente adecuado para proporcionar la paciente tranquilidad y seguridad; proteger psicológicamente al paciente evitando escuche comentarios que puedan afectar o incrementar su ansiedad y favorecer la comunicación del paciente evitando dejarle solo.

5 Discusión-Conclusión

El desarrollo de la anestesia y a la asepsia quirúrgica ha hecho que los riesgos para el paciente a la hora de la realización de una cirugía sean mínimos. El periodo perioperatorio es el tiempo que transcurre antes, durante y después de la intervención; dentro de él podemos distinguir: periodo preoperatorio, periodo intraoperatorio y periodo postoperatorio.

El riesgo de una intervención quirúrgica va a depender de una serie de factores como son: la edad, el estado nutricional, es equilibrio de líquidos y electrolitos, estado general del paciente, medicación y salud mental.

El principal objetivo de la preparación de la piel del paciente es disminuir el porcentaje de bacterias lo que lleva a una disminución del riesgo de infección. Debido a la técnica quirúrgica o a los efectos de la anestesia durante una intervención quirúrgica se pueden presentar una serie de complicaciones: cardiorrespiratoria, respiratorias o metabólicas.

6 Bibliografía

1. American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology*. 2002; 96(2): 485-496.
2. Canadian Anesthesiologists' Society. The Preanesthetic Period. [fecha de acceso 14 de enero de 2004]. URL disponible en: <https://www.cas.ca/Members/MemberLogin.aspx>.
3. Escolano, F. Reflexiones sobre la valoración preoperatoria. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2001; 48: 1-3.
4. García-Miguel, F.J., García Caballero, J., Gómez de Caso-Canto, J.A. Indicaciones de la radiografía de tórax para la valoración preoperatoria en cirugía programada. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2002; 49: 80-88.
5. García-Miguel, F.J., García Caballero, J., Gómez de Caso-Canto, J.A. Indicaciones del electrocardiograma para la valoración preoperatoria en cirugía programada. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2002; 49: 5-12.
6. Hurford, W.E., Bailin, M.T., Davison, J.K., Haspel, K.L., Rosow, C. Editores. *Massachusetts General Hospital procedimientos en anestesia*. 5ª Ed. Madrid: Marbán Libros SL; 1999.
7. Institute For Clinical Systems Improvement (ICSI). Preoperative evaluation. Bloomington (MN): Institute For Clinical Systems Improvement (ICSI); 2002 Mar. 27 p.
8. Moreno Alatorre, M.A. Valoración cardiovascular preoperatoria. [fecha de acceso 14 de enero de 2004].

9. Morgan, G.E., Jr, Mikhail, M.S. Anestesiología clínica. México DF: Manual Moderno; 1998.
10. Myers, M.L. Preoperative evaluation. Jacksonville Medicine; 1998 Dec. 5 p.
11. Ruiz Campa, R., García García, J.A., Estrada Fernández, J. Editores. Guía práctica de anestesiología y reanimación. 3ª ed. Madrid: Ergón; 2003.
12. Shaheen, W.H. Preoperative testing. EMedicine [en línea] 2004 Feb 9.
13. Smetana, G.W. Preoperative pulmonary evaluation. N Engl J Med 1999; 340(12): 937-44.
14. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Guía de práctica clínica en Anestesiología-Reanimación. Pruebas para la valoración preoperatoria y pruebas complementarias. URL disponible en: www.sedar.es.
15. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Les examens préopératoires systématiques.

Capítulo 75

CASO CLÍNICO: ABSCESO CEREBRAL POR COMPLICACIÓN DE SINUSITIS FRONTAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO

VIRGINIA TAJUELO FLORES

ESTHER NAVARRO GÓMEZ

ANA TRUEBA GONZÁLEZ

ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ

FLORENTINA DIANA LAMBRU

1 Introducción

El absceso cerebral es una infección purulenta a nivel del parénquima cerebral de tipo focal. Se trata de una enfermedad poco frecuente en la infancia, con una incidencia anual de 4 casos por cada millón de habitantes y siendo más común en varones con una relación 3:1. La mayoría de los casos se presentan en pacientes durante las primeras cuatro décadas de vida, representando los menores de 15 años el 25% de estos, con una mayor prevalencia entre el grupo de 4 a 7 años y muy rara vez en menores de 2 años (1, 2, 3).

De los pacientes que se ven afectados, aproximadamente las tres cuartas partes están predispuestas, bien por la presencia de alguna cardiopatía que dé lugar a una diseminación hematógena, o bien por infecciones otorrinolaringológicas reiteradas como son la mastoiditis, la otitis y la sinusitis (2). En el 15-30% de los

afectados el origen de la causa es desconocida. La principal etiología es microbiana, considerándose los principales organismos causantes aquellos aeróbicos y estreptococos anaerobios. En niños con el sistema inmunodeprimido las infecciones más frecuentes son causadas por hongos como la *Candida spp* o la *Listeria*, triplicando esta última la mortalidad (4). Pese a la estabilidad de la incidencia y la introducción de antibioterapia, se ha observado en los últimos años un ligero incremento de casos, con una morbilidad de hasta el 50% de padecer secuelas a nivel neurológico como son las convulsiones seguidas de disfasia y paresia focal, y una mortalidad de hasta el 5-10%. Estos datos podrían considerarse un sesgo debido a la incorporación de pruebas de detección con mayor sensibilidad (1, 2, 5).

La sinusitis es la inflamación de la mucosa de los senos paranasales. Se trata de una enfermedad de elevada incidencia y prevalencia en la edad pediátrica donde la anatomía de dichos senos constituye una vía de entrada fácil a la cavidad cerebral, sumándole a ello el retraso en el desarrollo de los senos frontales hasta la adolescencia (2, 6). Las causas más frecuentes son las infecciones víricas de las vías aéreas superiores y la rinitis alérgica, así como la inhalación de humo. En los pacientes inmunodeprimidos sometidos a trasplante de médula ósea o presencia de neoplasias aumenta la predisposición a sufrir sinusitis micótica grave (6).

Las dificultades en el diagnóstico de esta patología se deben a una sintomatología poco precisa debido a que la triada de convulsiones, alteración del nivel de conciencia y signos focales se da en el 25-50% de los casos y en menos del 30% la triada de cefalea, déficit focal y fiebre. Sin embargo, según los datos recogidos en un estudio de casos por el Hospital Infantil Gregorio Marañón tanto la alteración del nivel de conciencia como de la exploración neurológica son comunes en todos los pacientes (1). Las complicaciones bacterianas que pueden aparecer se clasifican, según la guía EPOS 2020 (European positioning paper on rinosinusitis and nasal polyps 2020), en orbitarias, intracraneales y óseas, siendo estas últimas las de menor frecuencia (7). Dentro de las complicaciones intracraneales se encuentra el absceso cerebral que, en la mayoría de los casos se debe a una sinusitis frontal, siendo el *Streptococcus* y el *Haemophilus influenzae* los gérmenes anaerobios más comunes. La infección puede ser lenta y silente (muy común en los abscesos intracraneales) o rápida, produciendo un aumento de la presión intracraneal que cursará con la sintomatología anteriormente mencionada (8).

El diagnóstico de sinusitis que confirme la existencia de absceso cerebral requiere, junto con la sintomatología clínica, un estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR) (el cual tampoco ayuda en el cribaje debido a dar positivo solo en aquellos casos donde el absceso cerebral está drenando a los ventrículos) y la realización

de pruebas de imagen como es la tomografía computarizada (TC) craneal (4). No obstante, esta última carece de plena validez diagnóstica, generando falsos positivos y haciendo recomendable el uso de otras técnicas como la espectroscopia y la resonancia magnética (RM) para un diagnóstico precoz y de mayor especificidad; así como la intervención de varios especialistas como son pediatras, otorrinolaringólogos, neurocirujanos y neurólogos, ya que dichas complicaciones son potencialmente mortales (1, 2, 9). Para el diagnóstico definitivo es preciso obtener cultivos microbiológicos a estudio a partir del drenado quirúrgico (4).

El tratamiento llevado a cabo en el absceso cerebral secundario a sinusitis requiere de antibioterapia por vía parenteral con antibióticos de amplio espectro (como Cefotaxima o ceftriaxona + Metronidazol) hasta conocer el agente y cirugía endoscópica de los senos paranasales a cargo del servicio de otorrinolaringología, combinada en algunos casos con la intervención neuroquirúrgica mediante craneotomía debido a que la antibioterapia por sí sola no suele ser suficiente y a que en ocasiones la mejoría con el drenaje no es visible (10, 4, 11).

Pese a ser un diagnóstico infrecuente en niños, hay que prestar especial atención por su inusual clínica y sus diferencias con respecto a la edad adulta, alertándonos siempre en presencia de alteraciones a nivel neurológico. El papel de la enfermería es esencial en todo el proceso para un buen desenlace del mismo.

2 Objetivos

Exponer el caso de un paciente pediátrico que acude a atención especializada por sospecha de sinusitis complicada con absceso epidural.

3 Caso clínico

Niño de 6 años derivado por sospecha de sinusitis complicada con absceso epidural.

Con respecto a los antecedentes personales, se encuentra en seguimiento por cardiopediatría por presencia de Síndrome QT largo familiar (portador de la variante p.V595delTAG) por herencia materna y en tratamiento habitual con Propanolol por vía oral. No existen ingresos ni cirugías previas. No presenta otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni reacciones alérgicas medicamentosas. Vacunación completa según el calendario.

A su llegada a atención especializada refiere fiebre de máximo termometrado de 40,5°C de 9 días de evolución, con un pico máximo de 38,5°C al ingreso. Presenta tos y aumento de secreciones, sin sensación de dificultad respiratoria y cefalea

de 3 días de evolución. Desde el día del ingreso se queja de dolor ocular izquierdo con eritema palpebral. No existe clínica gastrointestinal ni otra sintomatología de interés. Es diagnosticado cinco días antes de su ingreso de infección por el Virus Sincitial Respiratorio (IVRS) con VRS positivo. Tras la realización de un TAC craneal urgente en el hospital de origen por un episodio de agitación con Glasgow 15/15 en todo momento y meníngeos negativos, se contacta con la UCI pediátrica para el correspondiente traslado, el cual se realiza sin incidencias. Tras ello, se administra Cefotaxima intravenosa y Metilprednisolona.

Durante su estancia en UCI-P precisa intervención quirúrgica a cargo del servicio de otorrinolaringología (ORL) y Neuropediatría por absceso subdural secundario a sinusitis etmoidal. Dada la estabilidad clínica en UCI-P, se decide trasladar a planta para su continuación de cuidados y de administración de antibioterapia intravenosa. Tras pauta completa de antibioterapia, buena evolución y estabilidad clínica, se decide alta y seguimiento en Consultas Externas. En las recomendaciones al alta se aconseja reposo relativo hasta el próximo control en Consultas Externas, así como continuar con los lavados nasales con SSF y Synalar cada 12 horas y aplicación de vaselina neutra en fosa nasal izquierda cada 12 horas.

4 Discusión-Conclusión

Como hemos podido contrastar con la evidencia científica, uno de los factores de riesgo para la aparición del absceso cerebral es la existencia de enfermedades cardíacas, patología de base del paciente por síndrome de QT largo familiar, antecedente que se debería haber puesto en preaviso desde un principio con el diagnóstico de sinusitis, cuyo tratamiento sí que fue acorde con los estudios científicos que recomiendan el empleo de agentes microbianos como la Cefotaxima en este tipo de complicaciones (1, 4). No obstante, la duración de dicho tratamiento sigue siendo poco concisa, con una duración tradicional de 6 a 8 semanas, pero viéndose resultados iguales al disminuir el tratamiento a 3-4 semanas, pudiéndose reafirmar esto en el caso clínico aquí expuesto (4). Además, se le pautó, tal y como indican los estudios, Dexametasona para evitar el riesgo de edema cerebral y herniación (2, 4).

A partir del proceso de atención de enfermería (PAE) y consultando la bibliografía pertinente se puede observar como se han llevado a cabo unos cuidados de calidad, cubriendo las necesidades del paciente y corroborando su buena evolución clínica. Podemos concluir con ello que la individualización del plan de cuidados en función del diagnóstico y el tipo de paciente, así como un buen conocimiento de la clínica del mismo, nos permiten abordar las necesidades de forma más tem-

prana y conseguir una pronta recuperación.

5 Bibliografía

1. Borrego Domínguez RR, Navarro Gómez M, Gómez-Campderá JA, Carreras Fernández J. Absceso cerebral infantil. *Anales de pediatría [revista en internet]* 2005 Sept [citado 28 de agosto de 2023]; 63 (3): 253-258. DOI: 10.1157/13078490.
2. Galarza Sánchez CA, Samaniego Armijos SG, Ruiz Jara CA, Valle Imaicela LA, Bravo P, Caraguay C, Cuenca AC, Cumbajín S, Mayorga L. PortalesMédicos.com [Internet]. Absceso cerebral frontal y empiema subdural como complicación de sinusitis crónica. A propósito de un caso. Universidad Nacional de Loja; 18 de abril de 2018 [citado 28 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/absceso-cerebral-frontal-y-empiema-subdural-como-complicacion-de-sinusitis-cronica-a-proposito-de-un-caso/>.
3. Shachor-Meyouhas Y, Bar-Joseph G, Guilburd JN, Lorber A, Hadash A, Kassiss I. Brain abscess in children-epidemiology, predisposing factors and management in the modern medicine era. *Acta Paediatr.* 2010 Ag; 99 (8): 1163-7. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2010.01780.x
4. Moscote-Salazar LR, Cabeza-Morales M, Alvis-Miranda HR, Alcalá-Cerra G. Absceso cerebral en pacientes pediátricos. *Rev Chil Neurocirugía.* 2015; 41: 14-20.
5. Kou YF, Killeen D, Whittemore B, Farzal Z, Booth T, Swift D, Berg E, Mitchell R, Shan G. Intracranial complications of acute sinusitis in children: The role of endoscopic sinus surgery. *Int J Pediatric otorhinolaryngol.* 2018 Jul [citado 30 de enero de 2023]; 110: 147-151. DOI: 10.1016/j.ijporl.2018.05.015
6. Badilla García J. Sinusitis en Pediatría. *Med Leg Costa Rica.* 2018 Sept [citado 2 de febrero de 2023]; 35 (2): 62-70. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152018000200062
7. Espina C, Ferrer F, Dualde D, Aragonés M, Marco J. Encefalitis y abscesificación cerebral como complicación de una sinusitis frontal aguda en un niño. *Rev Otorrinilaringol Cir Cabeza Cuello [Internet].* 2021 Sept [citado 4 de febrero de 2023]; 81 (3): 375-378. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48162021000300375&script=sci_arttext
8. De Diego Muñoz B, Martínez Ruiz-Coello A, Ibáñez Mayayo A. Complicaciones de la sinusitis. Libro virtual de formación en ORL II. Nariz y senos paranasales [Internet]. Madrid: H.U. Puerta de Hierro de Majadahonda; 2006 [citado 4 de febrero de 2023]; 58. Disponible en: [https://seorl.net/PDF/Nariz%20y%20senos%20paranasales/058%20-](https://seorl.net/PDF/Nariz%20y%20senos%20paranasales/058%20)

%20COMPLICACIONES%20DE%20LA%20SINUSITIS.pdf

9. Hibi A, Amakusa Y. Intracranial subdural abscess with polymicrobial infections due to frontal sinusitis in an adolescent: life-threatening complication of a common disease. Clin Case Rep [Internet]. 2018 Feb 4 [citado 4 de febrero de 2023]; 6 (3): 516-521. DOI: 10.1002/ccr3.1355
10. Sexton GP, Nae A, Cleere EF, O'Riordan I, O'Neill JP, Lacy PD, Amin M, Colreavy M, Caird J, Crimmins D. Concurrent management of suppurative intracranial complications of sinusitis an acute otitis media in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2022 May; 156: 111093. DOI: 10.1016/j.ijporl.2022.111093
11. Ortega-Martínez M., Cabezudo J.M., Fernández-Portales I., Gómez-Perals L., Rodríguez-Sánchez J.A., García-Yagüe L. et al . Abscesos piógenos encefálicos: Nuestra experiencia en 60 casos consecutivos. Neurocirugía [Internet]. 2006 Feb [citado 28 de agosto de 2023] ; 17(1): 22-33. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732006000100004&lng=es.
12. Morgan Speer K. Cuidados de enfermería en pediatría. 1ª ed. Barcelona: Ediciones Doyma; 1993.
13. Ortega-Roldán Oliva M, Arcas Haro R, Bengoa Caamaño M, Baquero Cano M. Protocolo de inserción y mantenimiento de catéter venoso central en RNPT<1500gr. GAI de Albacete [Internet]. 2021 Abr [citado 28 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/43db86afd54b135ea61e90d2be9079b1.pdf>.

Capítulo 76

MORTALIDAD EN RESIDENCIAS DE MAYORES POR COVID-19: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

PAULA CUERDA LLORET

SILVIA MARÍA RODENAS CANDELAS

MARTA PÉREZ INOCENCIO

MARÍA INMACULADA LORENZO INOCENCIO

1 Introducción

El COVID-19 es una enfermedad respiratoria aguda causada por un virus denominado SARS-CoV-2 con origen en Wuhan (China). La rápida transmisión del patógeno fue responsable de la declaración de pandemia por la OMS en marzo de 2020, obligando a adoptar medidas globales con el objetivo de minimizar el impacto sanitario, social y económico. Entre las manifestaciones respiratorias leves de la enfermedad podemos encontrar fiebre, tos y dificultad para respirar, siendo menos frecuentes los síntomas gastrointestinales (1).

El perfil de paciente pluripatológico de edad avanzada fue un grupo especialmente vulnerable, siendo las cifras obtenidas las que demuestran el riesgo al que se expusieron las personas ancianas que residían en centros de mayores y residencias. Entre las más destacables obtenidas del último informe hallamos un total de 24.174 fallecimientos por COVID-19 confirmados, 10.492 fallecimientos

compatibles no confirmados y un 8,23% de letalidad en centros residenciales de personas mayores por COVID-19 (2).

El gran impacto del patógeno en la población más anciana y la cantidad de aspectos cuestionados durante la pandemia en las residencias de mayores ha motivado el desarrollo de este trabajo sobre factores asociados a la mortalidad en residencias de ancianos por COVID-19, poniendo el punto de mira en el papel tan fundamental que desarrollan los factores de riesgo responsables de estas altas cifras de mortalidad.

2 Objetivos

- Identificar los factores de riesgo preexistentes asociados a la alta mortalidad en residencias de mayores en ancianos por COVID -19.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión se utilizó una estrategia de búsqueda sistemática en las bases de datos Pubmed, Scielo, y Elsevier. Se utilizaron términos MeSH con los conceptos claves obteniendo una ecuación general de búsqueda «Covid-19 AND mortality AND risk factors AND nursing homes ». El intervalo de tiempo utilizado en el proceso de búsqueda ha sido de 4 años (2019-act.). Tras la obtención del número definitivo de artículos a incluir se procedió al análisis del diseño de los estudios, resultados y conclusiones para llevar a cabo una clasificación que permite la posterior síntesis narrativa.

4 Resultados

Con el objetivo de conocer los principales factores de riesgo que determinan la alta mortalidad del Covid-19 en residencias de ancianos, se encuentra como un estudio retrospectivo realizado en un hospital español indica una mortalidad del 80,8% de los mayores procedentes de residencias de ancianos. Entre los factores relacionados con la mortalidad se encontró la edad, la presencia de diabetes Mellitus, disfunción orgánica y neumonía adquirida en la comunidad (3). En la misma línea, se haya otro estudio retrospectivo donde se encuentra otro factor predominante, la hipertensión arterial. Además de esta variable se destacan otras como la diabetes y la enfermedad coronaria y una probabilidad creciente de mortalidad según la edad avanzada, presencia de fallo orgánico o dímero D superior

a 1 µg/mL (4). En el análisis realizado en un estudio a mayores contagiados en residencia de ancianos se indica que el sexo masculino, presencia de fiebre, deterioro cognitivo, afectación respiratoria, un número menor de linfocitos y un bajo índice de Barthel son factores con una asociación significativa respecto a la mortalidad (5).

En la misma línea y abordando como la presencia de demencias neurodegenerativas puede afectar en la mortalidad por COVID-19, otro estudio descriptivo de casos y controles indica que la presencia demencia degenerativa primaria juega un papel muy significativo en comparación con aquellos que no la tenían pero que poseían enfermedades y edades parecidas (6). Además de todos los factores de riesgo descritos anteriormente, se encuentran estudios que avalan la existencia de factores protectores como la administración previa de vitamina D, asociándose de manera inversa a la mortalidad. Los pacientes no fallecidos mostraron una edad menor, un IMC más bajo, puntuaciones más altas en las puntuaciones de las actividades de la vida diaria y tratamiento crónico con colecalciferol respecto a los pacientes que fallecieron (7).

5 Discusión-Conclusión

En el abordaje de nuestro objetivo principal sobre los factores de riesgo presentes en la mortalidad por COVID-19 en residencias de mayores, se encuentra que todos los artículos seleccionados coinciden en aquellos indicadores de salud que empeoraron la infección por COVID-19. La diferencia entre ellos radica en pequeños factores de riesgo presentes en unos artículos y ausentes en otros. Todos los estudios son unánimes en ser del sexo masculino como un factor de riesgo. Aunque no se conoce exactamente las causas de este fenómeno, un estudio avala que una mayor cantidad de enfermedades graves preexistentes, unas conductas de mayor riesgo y malos hábitos son responsables de este suceso (8). Respecto a la dependencia (Índice de Barthel) y deterioro cognitivo como un factor de riesgo obtenemos que además de ser un riesgo en mortalidad, es un riesgo en la infección por el trato cercano y constante con los residentes por parte de los cuidadores (9). Al igual que en el artículo escogido, la vitamina D se muestra como factor protector por su capacidad de ayudar a nuestras células a elaborar péptidos antimicrobianos, de reducir la respuesta inflamatoria, de aumentar la cantidad de surfactante y de disminuir la disfunción endotelial entre muchas otras, jugando un papel fundamental en la disminución de la mortalidad (10). Respecto a la presencia de demencias neurodegenerativas primarias, encontramos otro estudio con resultados muy similares a los del artículo seleccionado, donde

encontramos que la demencia en sus estados más avanzados es un factor de riesgo muy importante en la mortalidad por Covid-19 (11). A pesar de ello, estos estudios están sometidos a una gran cantidad de variables entre las que destaca el grado de demencia, los fármacos utilizados para tratarla, criterios de elección para el estudio etc., lo que nos indica la necesidad de realizar más estudios sobre la demencia y el COVID-19 con criterios más unificados.

Entre las limitaciones percibidas, encontramos la falta de estudios sobre el papel de los factores de riesgo específicos de forma individual. La mayoría de los estudios se centran en los factores de riesgo presentes en residencias de ancianos, mientras que hay escasez de artículos sobre el papel de cada factor de riesgo frente al Covid-19, siendo fundamental para el abordaje individual de estos, la ejecución de intervenciones lo más individualizadas posibles y el establecimiento de prioridades en el tratamiento o manejo de la enfermedad.

Como conclusión general hay que destacar que ser residente en un centro de mayores no constituye un factor de riesgo por sí mismo en la mortalidad, sino que es en este lugar donde se reúne un grupo de vulnerabilidad con gran cantidad de factores de riesgo que juegan un papel fundamental en la mortalidad por COVID-19.

6 Bibliografía

1. Lotfi M, Hamblin MR, Rezaei N. COVID-19: Transmission, prevention, and potential therapeutic opportunities. 2020;
2. IMSERSO. Actualización no 101. Enfermedad por coronavirus (COVID-19) en Centros Residenciales. 29/1/2023 [Internet]. [cited 2023 Aug 24]. Available from: https://imserso.es/documents/20123/117116/Inf_resid_20230129.pdf/a7dfa113-f148-a028-88ad-23fa85009e60
3. Rivera-Izquierdo M, del Carmen Valero-Ubierna M, R-DelAmo JL, Fernández-García MÁ, Martínez-Diz S, Tahery-Mahmoud A, et al. Sociodemographic, clinical and laboratory factors on admission associated with COVID-19 mortality in hospitalized patients: A retrospective observational study. *PLoS One*. 2020 Jun 1;15(6).
4. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020 Mar 28;395(10229):1054.
5. Heras E, Garibaldi P, Boix M, Valero O, Castillo J, Curbelo Y, et al. COVID-19 mortality risk factors in older people in a long-term care center. *Eur Geriatr Med*. 2021 Jun 1;12(3):601.

6. Reyes-Bueno JA, Mena-Vázquez N, Ojea-Ortega T, Gonzalez-Sotomayor MM, Cabezudo-Garcia P, Ciano-Petersen NL, et al. Análisis de letalidad por COVID-19 en pacientes con demencia neurodegenerativa. *Neurologia*. 2020 Nov 1;35(9):639.
7. Cangiano B, Fatti LM, Danesi L, Gazzano G, Croci M, Vitale G, et al. Mortality in an Italian nursing home during COVID-19 pandemic: correlation with gender, age, ADL, vitamin D supplementation, and limitations of the diagnostic tests. *Aging (Albany NY)*. 2020 Dec 12;12(24):24522.
8. Sharma G, Santos Volgman A, Michos ED. Sex Differences in Mortality From COVID-19 Pandemic Are Men Vulnerable and Women Protected?
9. Causa R, Almagro Nievas D, Bermúdez Tamayo C. COVID-19 y dependencia funcional: análisis de un brote en un centro sociosanitario de personas mayores. *Rev Esp Salud Publica*. 2021;95(1):e1–12.
10. Mercola J, Grant WB, Wagner CL. Evidence Regarding Vitamin D and Risk of COVID-19 and Its Severity. *Nutrients*. 2020 Nov 1;12(11):1–24.
11. Bianchetti A, Rozzini R, Guerini F, Boffelli S, Ranieri P, Minelli G, et al. Clinical Presentation of COVID19 in Dementia Patients. *J Nutr Health Aging*. 2020 Jun 1;24(6):560.

Capítulo 77

EL PROCESO DE LA ALIMENTACIÓN EN EL ADULTO MAYOR

VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO

ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO

ANA ISABEL MOLINA MATITO

AMPARO GOMEZ ESPINOSA

IRENE CAMACHO RODRIGUEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud se observa un crecimiento de las personas mayores, por ello debemos profundizar en los aspectos que afectan en su alimentación desde un punto de vista nutricional, sin olvidarnos de mencionar los aspectos sociales que pueden condicionarla.

La alimentación es un proceso mediante el cual se ingieren alimentos al organismo para obtener energía.

El hecho de alimentarse es una conducta habitual aprendida desde las primeras etapas de la vida y están condicionadas por la familia, sociedad, aspectos económicos y lugar de residencia.

En el adulto mayor está reconocido que su estado de salud, bienestar y longevidad están íntimamente relacionados con los aspectos bioquímicos de los alimentos que se consumen. La dieta en ellos debe aportar volúmenes adecuados a su peso, aumentar el consumo de frutas y verduras y reducir las grasas.

El proceso de envejecimiento conlleva modificaciones progresivas produciendo regresiones en el aparato digestivo, comenzando por el desgaste de las piezas dentales, alterándose con ello la deglución. También nos encontramos con alteraciones de la motilidad intestinal, secreciones gástricas y problemas con la absorción. En los aspectos sociales encontramos factores muy influyentes como situaciones de pobreza, soledad o aislamiento, que tendrán una repercusión negativa en la correcta nutrición de la persona mayor.

A medida que aumenta el proceso de envejecimiento se ve afectado el grado de autonomía o dependencia de la persona, haciéndose cada vez más dependientes y repercutiendo en su calidad de vida y salud.

2 Objetivos

- Identificar los posibles problemas asociados en el proceso de alimentación en el adulto mayor.
- Exponer la planificación de una dieta saludable y nutricionalmente adecuada evitando con ello la malnutrición por déficit y otras enfermedades, en el adulto mayor.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación a través de una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado distintos artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, google, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A la hora de planificar una dieta nutricionalmente adecuada a las necesidades del adulto mayor debemos tener en cuenta una serie de factores, elegir de forma correcta los alimentos a ingerir, siendo aconsejable elegir aquellos alimentos que contengan alta densidad de nutrientes, así como valorar la frecuencia de las tomas. Es recomendable distribuir las tomas diarias en cinco, desayuno, media mañana, comida, merienda y cena, incluso tomar algo antes de acostarse.

También cabe destacar que la sensación de sed se ve alterada o disminuida, se bebe menos agua, por lo que es recomendable beber al menos 1,5 litros diarios. Con ello y con un aporte diario de unos 20 – 30 g de fibra, evitaremos el estreñimiento.

A la hora de planificar una dieta nutricionalmente adecuada debemos incluir en esta un número adecuado de raciones diarias de los distintos grupos de alimentos.

- * Los cereales integrales y tubérculos son una importante fuente de fibra y vitaminas, se deben consumir 6 raciones/día.

- * Las verduras y hortalizas contienen fibra, vitaminas y minerales, se deben consumir al menos dos raciones/día.

- * Las frutas es aconsejable tomarlas crudas para que conserven todas su aporte vitamínico, se aconseja al menos 3 raciones/día. Los frutos secos son fuente importante de energía, son ricos en grasa, calcio, magnesio, hierro, zinc y vitamina E.

- * La leche y derivados contienen calcio, vitamina A y D, se deben consumir al menos 3 raciones/día.

- * Las carnes magras se deben consumir en torno a 2 – 3 raciones/ semana. Se recomiendan carnes de fácil masticación. Para los pescados se aconseja entre 4 – 5 raciones/semana.

- * Los huevos son fuente importante de proteínas y vitaminas, se consumirán al menos 3 huevos/semana.

- * Las legumbres son una importante fuente de fibra y proteínas, es recomendable aportar 2 – 3 raciones/semana.

Se debe moderar el consumo de sal y evitar el consumo excesivo de grasas y aceites, evitar el consumo de alcohol y tabaco, ya que además de disminuir el apetito conlleva un aumento de riesgo cardiovascular.

5 Discusión-Conclusión

La variedad dietética en la alimentación del adulto mayor es importante para prevenir enfermedades. Se debe promocionar el consumo de dietas variadas y saludables, fomentando el consumo de frutas, verduras y fibra y moderando consumo de grasas.

El personal de la salud debe ejercer una actividad importante a la hora de detectar trastornos nutricionales e intervenir para lograr una exitosa nutrición en el adulto mayor.

En este contexto la enfermería tiene un importante rol de educación aportando la información adecuada y dando recomendaciones de prácticas de alimentación

saludables.

En otro contexto, el nivel de conocimientos alimentarios del adulto mayor, influye directamente en la elección correcta de los alimentos a ingerir. Así como también influye el grado de autonomía o dependencia y el sentimiento de soledad o aislamiento.

6 Bibliografía

1. Bernal M, Orozco B, Vizmanos, A. La nutrición del anciano como un problema de salud pública (Consultado: 31 de Mayo de 20018). Disponible en: <http://www.didac.ehu.es/antropo/16/16-6/BernalOrozco.pdf>
2. Ramírez Sh, Borja G. Hábitos alimentarios y calidad de vida en adultos mayores de dos casas de reposo, Lurigancho Chosica, 2016. (Consultado: 05 de abril de 2018).
3. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Washington; 2015. (Consultado: 02 de abril de 2018). Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=8A98D7EF8D57D429DDAE3B151D1D7ACA?sequence=1
4. OMS. La salud mental y los adultos mayores. [internet]. Estados Unidos: 2016 [acceso en mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
5. OPS. Perfil de los adultos mayores en Latinoamérica y el Caribe. [Internet]. Washington: 2004 [acceso en mayo de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=263:perfiladultos-mayores-latinoamerica-caribe&catid=667:notas-deprensa&Itemid=488.
6. Carrasco M, Martínez G, Foradori A, Hoyl T, Valenzuela E, Quiroga T, et al. Identificación y caracterización del adulto mayor saludable. Rev méd Chile. 2010; 138(9): 1077-83.

Capítulo 78

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA OBESIDAD INFANTIL

VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO

ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO

ANA ISABEL MOLINA MATITO

AMPARO GOMEZ ESPINOSA

IRENE CAMACHO RODRIGUEZ

1 Introducción

La obesidad infantil hoy en día se considera un importante problema de salud pública que está aumentando considerablemente en Europa según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La obesidad es una enfermedad donde se produce un aumento del acumulo de grasa neutra en el tejido adiposo, siendo éste mayor del 20% del peso corporal de un individuo dependiendo de edad, talla y sexo y como consecuencia de un ingreso energético positivo en un tiempo prolongado.

La obesidad infantil se considera una enfermedad crónica, con una prevalencia en torno al 17% en niños menores de 5 años. Los estudios realizados actualmente muestran que aproximadamente el 10% de los niños en edad escolar tienen sobrepeso, lo que conlleva el posterior desarrollo de enfermedades crónicas como enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes, tabaquismo, etc.

Existen diversos factores que influyen en la aparición de sobrepeso y obesidad infantil como son factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales, sin dejar de mencionar nivel de educación de progenitores o tutores, nivel económico y estilos de vida.

Entre las principales líneas de actuación para el control de la obesidad infantil es la prevención y el diagnóstico precoz. Desde el inicio de la vida, con el fomento de la lactancia materna se abre la primera línea de actuación en este sentido.

Los centros de salud o atención primaria desempeñan un papel determinante en esta primera línea de actuación.

2 Objetivos

- Analizar y describir los principales factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad infantil.
- Exponer las formas de actuación para disminuir las manifestaciones clínicas y complicaciones posteriores en la edad adulta.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación mediante una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado distintos artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Google, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Estudiando las causas de la obesidad infantil se ha visto que intervienen múltiples factores, son tanto genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales. Debido a la rapidez con la que se está produciendo el aumento de su prevalencia se está relacionando sobre todo con factores ambientales combinados con factores genéticos, los cuales rigen la capacidad de acumular energía en forma de grasa celular y menor capacidad de liberarla en forma de calor. A esto se le llama aumento de la eficiencia energética del obeso.

Entre los factores ambientales o externos asociados nos podemos encontrar el estilo de vida, hábitos dietéticos, nivel cultural, sedentarismo, etc.

En distintos estudios se ha visto que niños que no desayunan a diario o no realizan un buen desayuno tienen más prevalencia de desarrollar obesidad infantil. Igualmente ocurre con los niños que no tienen las horas de sueño recomendadas, frente a los niños que llevan un ritmo de sueño adecuado.

Merece la pena destacar que cada vez hay más niños que no realizan una actividad física adecuada o insuficiente, pasando más de dos horas diarias frente a dispositivos de nuevas tecnologías, conllevando igualmente a un mayor riesgo de padecer obesidad por sedentarismo.

El nivel cultural o de educación y económico de los progenitores está directamente relacionado con la obesidad infantil. Se ha comprobado que niños pertenecientes a entornos socioeconómicos más desfavorecidos muestran mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad frente a los niños pertenecientes a entornos medios o altos.

Por tanto desde los equipos de atención primaria hay que realizar una intervención temprana a través de los programas de promoción de la salud para dirigir las intervenciones encaminadas a una alimentación saludable tanto de progenitores como niños, fomento del ejercicio físico y control adecuado de las horas de sueño.

5 Discusión-Conclusión

- Los niños que pasan un número de horas elevado frente al ordenador tienen mayor riesgo de obesidad. Por ello hay encaminar actuaciones para promocionar el ejercicio físico.
- Realizar intervenciones directas con los progenitores o tutores para fomentar una alimentación equilibrada, facilitando dietas en concordancia con edad y peso.
- Es recomendable que el niño tenga un número de horas de sueño adecuadas a su edad.
- El papel de los sanitarios en los centros de salud debe hacerse fundamental para realizar una adecuada promoción de la salud en la edad infantil y con ello evitar en la medida de lo posible los problemas derivados de este trastorno.

6 Bibliografía

1. Colomer Revuelta, J., & Previnfad, G. (2005). Prevención de la obesidad infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 7(26), 255-275.
2. Vázquez, I. A., Zapico, R. B., & Rodríguez, C. F. (2007). La obesidad infantil como resultado de un estilo de vida obesogénico. *Endocrinología y Nutrición*,

54(10), 530-534.

3. Ariza, C., Ortega-Rodríguez, E., Sánchez-Martínez, F., Valmayor, S., Juárez, O., Pasarín, M. I., & del Proyecto POIBA, G. D. I. (2015). La prevención de la obesidad infantil desde una perspectiva comunitaria. *Atención Primaria*, 47(4), 246-255.

4. Alba-Martín, R. (2016). Prevalencia de obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación primaria. *Enfermería Global*, 15(2), 40-62.

Capítulo 79

TÉCNICAS ACTUALIZADAS PARA ENFERMERÍA DE RCP BÁSICA Y AVANZADA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ

SARA PAJARON BUENACHE

PATRICIA MELERO ALEGRIA

NOELIA CABEZA GARROTE

CARLA GEOVANNA LEVER

1 Introducción

Podemos describir la parada cardiorrespiratoria aquella en la que se produce una interrupción brusca e inesperada, que puede ser potencialmente reversible, de la actividad cardíaca y pulmonar de una manera espontánea.

La reanimación cardiopulmonar o RCP es el conjunto de técnicas y maniobras cuyo principal objetivo es poder revertir el estado de PCR, primero se realiza de manera sustitutiva hasta llegar alcanzar una instauración de la respiración y la circulación de una manera espontánea.

La reanimación cardiopulmonar básica es aquella en la que se establecen destrezas y maniobras sin utilizar ningún dispositivo, nos permite poder identificar

a un paciente que se encuentre en la situación o riesgo de parada cardiorrespiratoria.

Esta técnica se debe de iniciar lo antes posible el principal objetivo es proporcionar el oxígeno necesario.

La RCP avanzada es aquella en la que contamos con dispositivos de apoyo, como ventilación, administración de fármacos, DESA, manejo de vía aérea y estabilización del paciente hasta la llegada al centro hospitalario de referencia.

Debemos de saber que dependiendo de la edad del paciente las técnicas que se realizan en la RCP varían, por lo tanto deberemos de adaptarlas y conocerlas para proporcionar una asistencia correcta y que el éxito de nuestras maniobras sea mayor.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son las actualizaciones con respecto a la RCP básica y avanzada con el paciente pediátrico y describir las principales técnicas que se deben de realizar ante una situación de emergencia.

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica consultando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.

Se ha consultado la literatura científica sanitaria existente en referencia con las actualizaciones que se deben de tener en cuenta en la RCP de pacientes pediátricos.

4 Resultados

Lo primero que debemos de realizar será seguir las recomendaciones que están establecidas para verificar que nos encontramos con un paciente en parada cardiorrespiratoria.

Para ello en primer lugar verificaremos el nivel de consciencia del niño, estimularemos al mismo mediante palmadas y observaremos si emite algún ruido o se mueve.

En el caso de obtener respuesta ya sea verbal o motora, colocaremos al niño en posición lateral de seguridad, hasta la llegada del soporte vital avanzado.

Si no obtenemos ningún tipo de respuesta, lo primero que debemos de hacer es pedir ayuda, para que se active el protocolo de emergencia. Colocaremos al niño boca arriba a poder ser en una superficie plana y dura, extremaremos las precauciones a nivel cervical, ya que no sabemos qué tipo de accidente ha podido sufrir el niño y una mala intervención podría agravar las lesiones.

Con la maniobra frente-mentón abriremos las vías respiratorias, esto nos ayudará a facilitar la entrada de aire.

En el caso de que encontremos un cuerpo extraño siempre que esté se encuentre visible y sea de fácil acceso, lo extraeremos con la ayuda de nuestros dedos realizando un barrido.

Con la técnica ver, oír y sentir, realizaremos la comprobación de la respiración del niño.

Una vez que hemos valorado a nuestro paciente y comprobamos que se encuentra en PCR empezaremos a realizar 5 insuflaciones de rescate, esto consiste en cubrir con nuestra boca, su boca y nariz, y realizar cinco insuflaciones uniformes, verificaremos que el tórax se eleva.

Entre cada insuflación nos retiraremos para poder facilitar la respiración.

Después de realizar las insuflaciones de rescate, comenzaremos a realizar las compresiones torácicas. El principal objetivo es conseguir que la sangre del corazón siga circulando por todo el cuerpo.

En niños menores de un año realizaremos la técnica con dos dedos, hasta los 8 años utilizaremos el talón de una mano y en niños mayores de 8 años podremos utilizar las 2 manos.

Realizaremos un total de 30 compresiones.

En el caso de que nuestro paciente recupere la respiración espontánea, colocaremos al mismo en posición lateral de seguridad.

Dejaremos de realizar la maniobra de RCP solo en dos casos:

-Siempre que el paciente haya recuperado la respiración o en el caso de que hayan llegado los servicios de emergencias.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar en el presente trabajo de investigación, es muy importante seguir las actualizaciones en cuanto a la reanimación cardiopulmonar en pacientes pediátricos.

Existe una alta tasa de mortalidad en niños debido a enfermedades del sistema circulatorio y que desencadenaron en paradas cardiorrespiratorias.

Por eso es importante saber actuar ante una situación de emergencia y conocer las técnicas que se deben de realizar en cada caso.

Cuando nos encontramos ante una situación extrema de emergencia se activará el soporte vital avanzado.

Son los especialistas y la ayuda profesional que llegará al lugar del accidente para poder proporcionar una asistencia más avanzada y especializada, ya que ellos disponen de más medios.

6 Bibliografía

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000600008

https://www.ine.es/prensa/edcm_2020.pdf

<https://revistamedica.com/rcp-pediatrica-reanimacion-pediatrica/>

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000013.htm>

Capítulo 80

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) DESCOMPENSADA Y ANASARCA

MARTA PÉREZ INOCENCIO

PAULA CUERDA LLORET

MARÍA INMACULADA LORENZO INOCENCIO

SILVIA MARÍA RODENAS CANDELAS

1 Introducción

La insuficiencia cardiaca es un síndrome muy heterogéneo, con un amplio abanico de causas, manifestaciones y modos de evolución, que consiste en una disfunción cardiaca y de la circulación sistémica y pulmonar (1). La insuficiencia cardiaca tiene diversos modos de presentación, puede ser tanto derecha como izquierda (teniendo diferente sintomatología una y otra), y su etiología y fisiopatología no se conocen por completo, además, es una patología que tiende a la descompensación de una manera bastante frecuente, por lo que estos pacientes suelen requerir reajustes de tratamiento y nuevos ingresos de manera frecuente, la descompensación de una insuficiencia cardiaca constituye una urgencia ante la que hay que actuar con rapidez, y algunos de estos síntomas de descompensación son la anasarca, disnea, congestión, etc. (1).

En cuanto a la anasarca, es un edema generalizado que comienza de manera distal, extendiéndose a otras partes del cuerpo. Cuando se produce un acúmulo anormal de líquido en la cavidad peritoneal, estamos ante una patología denominada ascitis, relacionada con un estado de vasodilatación periférica junto a una hipoperfusión renal, que origina la activación de mecanismos retenedores de iones (2). Ante la aparición de este acumulo de líquidos, el tratamiento de elección es una paracentesis, que consiste en la extracción del líquido abdominal mediante la inserción de un catéter, y esta técnica puede ser tanto diagnóstica, para determinar el origen de este líquido como evacuadora, para eliminar este líquido de la cavidad peritoneal del paciente (2).

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es mostrar un plan de cuidados de enfermería, utilizando la terminología NANDA-NOC-NIC adecuado para un paciente cardíaco con una IC descompensada.

3 Caso clínico

Paciente varón de 61 años, que acude al servicio de urgencias del hospital general de Albacete por presentar, desde hace 1 mes, aproximadamente una disminución marcada de la diuresis, con un aumento importante del perímetro abdominal y de edemas en MMII y en testículos. Refiere empeoramiento en los últimos días y que, en junio, tras un episodio similar precisó hospitalización.

En el servicio de urgencias se comprueba que existe un aumento de peso de 46kg respecto a su peso anterior. El paciente refiere leve disnea, no ortopnea, no mareos ni pérdida de consciencia. Asténico a su llegada.

A su ingreso en planta, el diagnóstico es IC descompensada tras abandonar tratamiento diurético (en casa tomaba 4 comprimidos diarios de furosemida), es ingresado con una perfusión de dobutamina a 8 ml/h y otra de furosemida pura a 2 ml/h. Paciente que, por su incumplimiento terapéutico reiterado y negativa a terapias más avanzadas (trasplante, TAVI), no es candidato tampoco a diálisis peritoneal.

Tras una insuficiente respuesta a los diuréticos, se le realiza una paracentesis evacuadora el 11/11 en la cual se obtiene un debito de 8000 ml, siendo necesaria una segunda paracentesis evacuadora el 12/11 debido a una obstrucción del tubo de drenaje de la primera paracentesis, en esta segunda se extraen 4500 ml, con salida accidental del catéter por lo que se ve también interrumpida.

Se implanta catéter peritoneal el 16/11, para drenar el líquido ascítico que queda insertado dentro del paciente, con un abundante exudado en el lugar de incisión del tubo.

Se realiza una valoración de enfermería según las 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, mediante la cual elaboraremos un plan de cuidados individualizado para el paciente, para así poder brindar los cuidados de enfermería que precisa de una manera lógica, estructurada y sistematizada.

1. Necesidad de respirar: fumador, no presenta signos de dificultad respiratoria ni portador de oxigenoterapia domiciliaria, si precisa CPAP. ALTERADA.
2. Necesidad de alimentación: Marcada subida de peso debido a anasarca, nutrición probablemente inadecuada. NO ALTERADA.
3. Necesidad de eliminación: Oliguria marcada, diuresis forzada con perfusión continua de furosemida. ALTERADA
4. Necesidad de movilización: movilidad limitada por la ascitis. ALTERADA
5. Necesidad de descanso y sueño: no descansa, precisa ayuda farmacológica para dormir. ALTERADA.
6. Necesidad de vestido: totalmente independiente. NO ALTERADA.
7. Necesidad de termorregulación: dentro de la normalidad. NO ALTERADA.
8. Necesidad de higiene corporal y piel: Apreciamos alteración de la integridad cutánea en el lugar de incisión del catéter peritoneal implantado en el paciente, además de una herida quirúrgica con 5 agrafes que precisó esta intervención para implantar el catéter peritoneal. Las heridas presentan buen aspecto, bordes no edematizados ni rojizos, en la herida quirúrgica aparece un punto sangrante que precisa cambio de vendaje frecuente, el lugar de incisión del catéter peritoneal drena líquido ascítico abundante también. ALTERADA.
9. Necesidad de seguridad: no se aprecian problemas de seguridad. NO ALTERADA.
10. Necesidad de comunicación: ubicado en tiempo y espacio, no hay problemas de comunicación. NO ALTERADA.
11. Necesidad de aprendizaje: no se aprecian problemas. NO ALTERADA.
12. Necesidad de valores-creencias: no se aprecian conflictos. NO ALTERADA.
13. Necesidad de realización personal: no se aprecian conflictos. NO ALTERADA.
14. Necesidad de ocio: buen estado anímico, tiene pasatiempos tanto en la habitación como en su vida diaria. NO ALTERADA.

Tras esta valoración se realizan una serie de diagnósticos según la terminología NANDA-NIC-NOC (3-5):

Diagnóstico (NANDA)

00026 Exceso de volumen de líquidos relacionado con descompensación de insuficiencia cardíaca manifestado por anasarca y aumento de peso

Objetivos (NOC)

0601- Equilibrio hídrico: balance de líquidos en los espacios intracelulares y extracelulares del cuerpo. El equilibrio hídrico no estará comprometido por exceso, demostrado por una disminución del peso corporal y disminución del líquido ascítico y del edema periférico.

0504- Funcionamiento renal: filtración de sangre y eliminación de los productos metabólicos de desecho mediante la formación de orina

Intervenciones (NIC)

0590- Manejo de la eliminación urinaria: mantenimiento de un patrón óptimo de eliminación de orina

4120- Manejo de líquidos: pesar al paciente diariamente y controlar su evolución y mantener un registro preciso de ingesta y gasto.

Evaluar las complicaciones pulmonares o cardiovasculares según lo indica el aumento de la disnea, el aumento del pulso, la elevación de la tensión arterial, la existencia de sonidos cardíacos anómalos o sonidos pulmonares anómalos

5510- Educación sanitaria: Enseñar al paciente las causas y soluciones del edema, las restricciones dietéticas y el uso, la dosificación y los efectos secundarios de los medicamentos recetado

Diagnóstico (NANDA)

00046 Deterioro de la integridad cutánea relacionado con implantación de catéter peritoneal manifestado por incisión en las estructuras dérmicas.

Objetivos (NOC)

1101- Integridad tisular: piel y membranas mucosas: estructura intacta y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas

1102- Curación de las heridas: primera intención: grado de regeneración de células y tejido después de un cierre intencional

Intervenciones (NIC)

3660- Cuidado de las heridas: prevención de complicaciones de las heridas y facilitación de su curación. Inspeccionar la herida en cada cambio de vendaje. Realizar curas estériles y mantener herida siempre seca, vigilar vendaje y cambiar ante signos de humedad o sangrado.

3440- Cuidado del sitio de incisión: inspeccionar el sitio de incisión para detectar enrojecimiento, inflamación, o signos de dehiscencia o evisceración

Diagnóstico (NANDA)

00029 Disminución del gasto cardíaco relacionado con insuficiencia cardíaca manifestado por edema, fatiga y aumento de peso.

Objetivos (NOC)

4041- Estado circulatorio: mantener una correcta PA sistólica y diastólica. Buen color de piel.

Intervenciones (NIC)

4044- Cuidados cardíacos: agudos: monitorizar ritmo y frecuencia cardíaca, evitar la formación de trombos periféricos, vigilar las tendencias de la presión sanguínea, limitar la ingesta de cafeína, sodio, colesterol, etc.

4 Discusión-Conclusión

En primer lugar, en cuanto a la técnica de la paracentesis, a pesar de ser la más indicada para la evacuación del líquido intraperitoneal, es una técnica no exenta de riesgos para el paciente por el riesgo de infección relacionada con la punción, de lesión por punción de colon, vejiga o hígado o de déficit de volumen de líquidos relacionada con una extracción masiva de líquido intraperitoneal, para ello se recomienda implantar ciertas medidas de prevención primaria (utilización de medidas estériles, higiene y asepsia, compresión adecuada de la zona de punción, expansión endovenosa plasmática, etc.) y secundaria (limpieza y desinfección de la zona lesionada, registro y notificación del accidente, etc.) (6).

También debemos tener en cuenta otras medidas terapéuticas existentes, como son las dietéticas, mediante las cuales se han demostrado evidencias de mejoría en pacientes con ascitis de repetición, estas medidas serían una dieta específica basada en un aporte limitado de grasas, aportándolos en forma de aceites, y agregando un complejo multivitamínico y mineral y el uso de triglicéridos de cadena media (7). Como personal de enfermería, podemos abordar estas recomendaciones y hacerlas llegar a los pacientes mediante la educación para la salud, pudiendo así mejor la sintomatología y evitar posibles futuras descompensaciones. En conclusión, mediante el establecimiento de un plan de cuidados adecuado, es posible controlar a pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada que poseen como forma de presentación la anasarca, en concreto en el paciente del que hemos hablado, se ha controlado y supervisado la marcada retención hídrica, se han estabilizado sus constantes vitales y recuperado la integridad cutánea evitando complicaciones, revirtiendo así el estado de descompensación que presentaba al ingreso.

5 Bibliografía

1. Ponikowski P, Jankowska EA. Patogenia y presentación clínica de la insuficiencia cardiaca aguda. *Rev Esp Cardiol*. 2015 Apr 1;68(4):331–7.
2. Román Vargas Rossana. Ascitis. *Acta méd. peruana* [Internet]. 2007 Ene [citado 2023 Sep 03]; 24(1): 34-39. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000100009&lng=es.
3. Listado de Diagnósticos NANDA ?Actualizado 2021-2023 [Internet]. [cited 2023 Feb 15]. Available from: <https://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda/>
4. McCloskey J, C., Bulechek G.M.: Proyecto de Investigación Iowa. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC. Segunda Edición. Consejo General de Enfermería. Ed. Síntesis. Madrid. 1999.
5. Johnson Marion, Maas Meridean, Moorhead Sue. Iowa Outcomes Project. Nursing Outcomes Classification (NOC). Second Edition. Ed.Mosby. Philadelphia. 2000.
6. Civit Fraile, M. P., Abril Rodríguez, L., Ibáñez Zafón, I. A., Lechuga Zalaya, L., & Penella Imaña, N. PARACENTESIS EVACUADORA. RIESGOS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD.
7. Campos Martín C., Fernández-Argüelles García A., Rabat Restrepo J. M., Sendón Pérez A.. Sucessful dietetic-therapy in primary intestinal lymphangiectasia and recurrent chylosa ascites: a case report. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2007 Dic [citado 2023 Sep 03].

Capítulo 81

APLICACIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA ENFERMERÍA

DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES

ISABEL RUESCAS CALLEJA

MARIA LUISA ROMERO ALONSO

1 Introducción

La inteligencia artificial (IA) ha experimentado un impresionante desarrollo en los últimos años y ha comenzado a impactar significativamente en diversos campos de la sociedad, incluyendo el ámbito de la salud. En la Enfermería, la aplicación de la inteligencia artificial ha abierto nuevas perspectivas para mejorar la atención de salud y optimizar la toma de decisiones clínicas. La combinación del conocimiento humano con el poder del aprendizaje automático y los algoritmos inteligentes han dado lugar a avances revolucionarios que pueden transformar la forma en que los profesionales de la Enfermería abordan el cuidado de los pacientes.

El avance tecnológico y la integración de la IA en la práctica de Enfermería, hace preciso examinar críticamente su impacto y comprender su potencial para aprovechar al máximo este y mejorar los resultados en la salud de los pacientes. Su implantación en el equipo multidisciplinar supone un gran beneficio para el abordaje de pacientes por parte de los profesionales de la Salud. Siempre se deben tener en cuenta sus limitaciones. De este modo, se crea un equilibrio entre los profesionales y el paciente que permite optimizar recursos, realizar una toma de

decisiones clínicas basadas en evidencias y mejorar la eficiencia de los procesos de Enfermería.

2 Objetivos

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo explorar la aplicación de la IA en Enfermería y examinar cómo esta tecnología está remodelando la práctica clínica.

3 Metodología

Esta revisión bibliográfica sobre la aplicación de la inteligencia artificial en Enfermería se basó en una búsqueda exhaustiva de la literatura en bases de datos médicas (PubMed, Scopus, CINAHL, Google Scholar). Se utilizaron términos de búsqueda relacionados con “inteligencia artificial” y “Enfermería” para identificar estudios pertinentes publicados en los últimos cinco años. Se seleccionaron y analizaron los estudios que cumplían los criterios inclusión y se organizó la información para identificar patrones y tendencias en la aplicación de la IA en Enfermería. Se consideraron posibles limitaciones y aspectos éticos relacionados con el uso de la IA en este campo.

4 Resultados

La IA ha demostrado ser una herramienta valiosa en la toma de decisiones clínicas. Los sistemas de IA aportan una amplia información respecto al análisis de datos médicos y científicos, siempre basándose en evidencias existentes a tiempo real. Los algoritmos de aprendizaje automático pueden ayudar a los profesionales de Enfermería a identificar patrones y tendencias en los datos de los pacientes, lo que mejora la precisión de los diagnósticos y tratamientos.

La monitorización continua de pacientes es fundamental para la detección temprana de signos de empeoramiento y para proporcionar una atención adecuada. La IA facilita la monitorización remota de pacientes a través de sensores inteligentes y dispositivos portátiles. Se analiza el conjunto de datos recopilados, permitiendo una alerta temprana en los cambios en el estado de salud del paciente. Esto puede prevenir complicaciones y hospitalizaciones innecesarias.

La IA también ha demostrado ser efectiva en la predicción de resultados de salud. Los modelos de aprendizaje automático pueden emplear datos históricos de pa-

cientes para prever la probabilidad de desarrollar algunas condiciones o futuras complicaciones. Esto permite al profesional de Enfermería a detectar a aquellos pacientes que presentan un riesgo mayor y establecer medidas preventivas que mejoren los resultados.

Las necesidades del paciente son únicas, la IA proporciona una atención más personalizada. Los diferentes sistemas de IA pueden llevar a cabo un análisis del perfil del paciente para adaptar los tratamientos a las características individuales que este presenta. De este modo, se proporciona una atención efectiva y eficiente. Lo cual, a su vez, mejora la experiencia del paciente y el resultado final.

La aplicación de la IA en la Enfermería supone un reto al derecho de intimidad del paciente. La seguridad y privacidad de los datos deben estar protegidos correctamente. Del mismo modo que su acceso por parte de los profesionales de la salud.

Los profesionales de Enfermería confiarán y comprenderán los resultados obtenidos a partir de la IA y, estos serán empleados para establecer una adecuada toma de decisiones.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de la IA en Enfermería supone un gran avance en la mejora de la atención sanitaria. Los beneficios son innegables, desde la optimización de recursos hasta la monitorización y seguimiento de pacientes. No obstante, es relevante abordar los desafíos éticos y garantizar responsablemente su implementación en la práctica sanitaria. Desde el enfoque correcto y con una colaboración multidisciplinar de los profesionales, la IA supondrá un avance en la eficiencia y precisión con la que se abordará al paciente en el futuro.

En conclusión, se puede determinar la gran utilidad que supone el empleo de la IA para los profesionales de la salud, concretamente para el personal de Enfermería. Su amplio potencial permite recabar información en diferentes campos de la Enfermería. Desde la recogida y análisis de datos hasta la detección precoz de futuras complicaciones en la salud de los pacientes. Sin embargo, se debe limitar su uso y no invadir la intimidad de aquellos que requieran de su uso.

6 Bibliografía

1. Nagle, L., Perry, W. F., & Ferriero, D. M. (2020). Artificial intelligence in nursing education: Integrating machine learning and simulation. *Clinical Simulation In Nursing*, 45, 1-6.
2. Rastogi, S., & Mehta, S. (2020). Applications of Artificial Intelligence in Nursing. *Nursing Journal of India*, 111(6), 64-68.
3. Loprinzi, C.L. (2021). Machine Learning Application to Nursing and Health Care. *Journal of Nursing Measurement*, 29(1), 142-149.
4. Marchionni, C., Seghieri, C., Bartolucci, F., & Barletta, V. (2020). Application of Artificial Intelligence in Nursing A Scoping Review. *Nursing Inquiry*, 27(4), e12381.
5. El Hussein, M., Osman, M., & McMeekin, P. (2020). Utilizing Artificial Intelligence in Nursing Education. *Nurse Education Today*, 94, 104553.

Capítulo 82

SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE: FACTORES DE RIESGO Y MEDIDAS PREVENTIVAS

PAULA CUERDA LLORET

SILVIA MARÍA RODENAS CANDELAS

MARTA PÉREZ INOCENCIO

MARÍA INMACULADA LORENZO INOCENCIO

1 Introducción

El síndrome de muerte súbita en el lactante es definido como la muerte repentina de un lactante menor de 12 meses que se desarrolla principalmente durante los periodos de sueño del niño y que no posee explicación alguna tras la realización de un estudio postmortem, el análisis del entorno donde se produce la defunción y una revisión exhaustiva de datos clínicos (1,2). Esta definición no incluye aquellos niños que hayan fallecido en los primeros 7 días de vida, es decir, las muertes que se desarrollan dentro del periodo neonatal (1). Analizando el síndrome desde una perspectiva estadística vemos como es la causa de unas 50 muertes anuales en España (2).

A pesar de tener una tendencia a la baja, constituye una de las principales causas de mortalidad infantil tardía, estando demostrada su etiología multifactorial e intrincada, con una fisiopatología que la ciencia aún no abala por completo (2). La capacidad de prevención de los distintos factores descritos que intervienen

en el desarrollo del síndrome hace que sea fundamental una buena educación a la familia por parte del personal sanitario de forma temprana, favoreciendo así la adopción de unas medidas adecuadas y una reducción de la preocupación por parte de los cuidadores (1) .

2 Objetivos

- Conocer los factores de riesgo asociados al síndrome de la muerte súbita en el lactante.
- Describir las principales medidas preventivas del síndrome de la muerte súbita en el lactante.

3 Metodología

Para la realización de este documento se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed y Scielo. Los términos propuestos fueron «muerte súbita del lactante AND factores de riesgo AND medidas preventivas ». El periodo de tiempo implementado en el proceso de búsqueda ha sido de 5 años (2018-act.). Tras la realización de la búsqueda se procedió a una clasificación y análisis exhaustivo de los artículos obtenidos, proceso mediante el cual se obtuvieron los artículos incluidos en esta síntesis.

4 Resultados

En el abordaje del primer objetivo de conocer los factores asociados al síndrome de la muerte súbita del lactante se procederá a dividir los posibles factores en tres grupos según el origen del riesgo.

En el primer grupo encontramos los factores relacionados con la madre. El hábito tabáquico materno, el consumo de sustancias nocivas durante la gestación, la edad materna y la aparición de algunas complicaciones gestacionales han demostrado ser factores que contribuyen en mayor o menor medida a la muerte súbita en el lactante (2).

En el segundo grupo analizamos los factores de riesgo infantiles. Entre los más destacables encontramos la prematuridad, el bajo peso al nacer, tener un hermano con una muerte súbita, gestación gemelar y episodios de apnea. Estos factores intrínsecos pueden estar relacionados entre sí, hallando como los bebés prematuros pueden sufrir más episodios de apnea e hipercapnia por la inmadurez

de sus sistemas (2).

En el último grupo analizamos los factores de riesgo ambientales o intrínsecos. Uno de los factores más importantes y estudiados es la elección de la posición en decúbito prono para dormir, siendo también el factor modificable más destacable. Otro de los aspectos para tener en cuenta en el transcurso del sueño es dormir sobre una superficie demasiado blanda, utilización de ropa excesiva, suave o holgada de cama, compartir cama con el bebé o utilizar asientos de seguridad y otros dispositivos para dormir en coche (2).

En la misma línea y continuando con el segundo objetivo, se describirán algunas medidas y recomendaciones teniendo en cuenta los factores anteriormente descritos.

- Posición al dormir: Se debe fomentar un sueño seguro en una posición supina (1). Precaución con la posición lateral por el riesgo de que el bebé se gire a decúbito prono (2).
- Colecho: La medida más prudente en este caso es la de no compartir cama con el lactante para dormir, pudiendo hacerlo únicamente con el objetivo de proceder a la lactancia para luego volver a separarse. En el caso de gemelos, se debe evitar la utilización de una misma cama para ambos (1).
- Ropa de Cama: Se deben evitar almohadas, edredones y mantas sueltas en el lugar de dormir del niño. En el caso de que se utilicen deben estar bien sujetas y ser lo más delgadas posibles (1).
- Uso de Chupete: Se recomienda ofrecer antes del inicio del sueño y siempre sin sujeción (2).

5 Discusión-Conclusión

Los factores principales relacionados con el síndrome de muerte súbita del lactante tienen orígenes distintos de riesgo. En los factores maternos destaca el hábito tabáquico y consumo de drogas, la edad materna y algunas complicaciones gestacionales. Respecto a factores infantiles destaca la prematuridad con bajo peso al nacer, gestación gemelar o presencia de apneas. Entre los factores modificables ambientales vemos como el momento del sueño constituye un aspecto fundamental de riesgo.

Las principales medidas de prevención se centran en eludir los factores de riesgo descritos anteriormente, siendo la principal a adoptar la utilización de la posición decúbito supino para dormir en el lactante. La literatura desarrollada sobre los factores causantes de muerte súbita en el lactante ofrece la oportunidad de trabajar en los factores protectores o medidas preventivas para la disminución

de los índices de mortalidad por esta causa. En este ámbito coge especial importancia el papel de enfermería y la educación para la salud, siendo fundamental una colaboración activa con los padres en cuanto a la prevención de un problema generalmente desconocido por la población general.

6 Bibliografía

1. Diaz CE, Zeas MV, Bueno AC, Maldonado EB, Moya JE, Peña EV, et al. Síndrome de muerte súbita del lactante: una revisión narrativa. AVFT – Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2019;38(3).
2. Tárraga Marcos ML, Romero-de Ávila Montoya JM, Tarraga Marcos A, Tárraga López PJ. Síndrome de muerte súbita del lactante. JONNPR. 2022.

Capítulo 83

EXPANSIÓN DEL ROL DE LOS PROFESIONALES ENFERMEROS: IMPLEMENTACIÓN DE LA PRÁCTICA AVANZADA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE

ISABEL RUESCAS CALLEJA

MARIA LUISA ROMERO ALONSO

DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES

1 Introducción

A lo largo de la historia, desde sus orígenes hasta la actualidad, las competencias de la enfermería se han visto sometida a innumerables cambios, lo que ha llevado al surgimiento de nuevos roles derivados de los diferentes modelos asistenciales, como son la enfermera gestora de casos, enfermera de práctica avanzada o enfermera especialista.

En el mundo de la atención médica contemporánea, el rol de los profesionales enfermeros está experimentando una transformación significativa. La implementación de la práctica avanzada en enfermería está permitiendo a estos profesionales desempeñar un papel más amplio y trascendente en la atención al paciente, lo cual se traduce en beneficios tanto a nivel de la persona como de la familia y de la comunidad.

La atención sanitaria está en constante evolución, y la transformación en las funciones de estos profesionales ha sido uno de los cambios más significativos en las últimas décadas. Este enfoque innovador está cambiando positivamente la forma en que los enfermeros brindan atención al paciente, mejorando la eficiencia y calidad de los servicios de salud.

La función de los profesionales enfermeros ha ido evolucionando para adaptarse a las exigencias de los sistemas sanitarios, dando respuesta a las necesidades cambiantes de la población. Uno de los avances más significativos ha sido la implementación de la práctica avanzada en el cuidado al paciente. La reasignación de funciones y el incremento en la variedad de competencias asignadas no supone la sustitución de otros profesionales sanitarios, el objetivo es realizar un trabajo complementario dentro de los equipos multidisciplinarios.

Según la OMS, en la reunión celebrada en Ginebra en el 2017, la labor de los profesionales enfermeros resulta primordial para las metas propuestas en la estrategia global, por lo que se resaltó la importancia de su capacitación y de la necesidad de invertir para que estos profesionales continúen progresando para acrecentar su cualificación técnica y sean reconocidos en su labor.

2 Objetivos

- Explorar la evolución de la práctica enfermera hacia un enfoque avanzado.
- Identificar los beneficios de la implementación de la práctica avanzada enfermera en el cuidado del paciente.

3 Metodología

Para elaborar el presente artículo se ha realizado una revisión bibliográfica. Tras definir el tema a tratar se realizó una búsqueda exhaustiva de información en bases de datos como Scielo, Google Scholar y Redalyc. A la hora de llevar a cabo la búsqueda se utilizaron palabras clave como “práctica avanzada en enfermería”, “enfermera de práctica avanzada” y “ampliación del rol de enfermería”. Se seleccionaron los artículos más actuales teniendo en cuenta su calidad y relevancia para el tema a tratar. Se leyeron y analizaron los artículos seleccionados, identificando las ideas principales y las conclusiones. Después de sintetizar las ideas se procedió a la redacción del artículo, siguiendo la estructura propia de un artículo científico.

4 Resultados

La práctica avanzada en enfermería se refiere a un nivel superior de atención de salud proporcionado por enfermeros que han adquirido una mayor experiencia y formación a través de programas de posgrado. Los profesionales de enfermería con práctica avanzada tienen un papel más amplio, mayor deliberación clínica e independencia en el ejercicio de su profesión. Esta expansión de roles no solo beneficia a los profesionales enfermeros, sino que también tiene un impacto positivo en la calidad y accesibilidad de la atención al paciente. Sus beneficios son:

- Ampliación del rol de los profesionales enfermero: La práctica avanzada en el cuidado al paciente implica que los profesionales enfermeros adquieran competencias adicionales y tengan un mayor nivel de autonomía en la toma de decisiones clínicas. Esto les permite asumir responsabilidades más allá de la atención básica y brindar cuidados más completos y especializados a través del desarrollo, implementación y evaluación de programas y planes de cuidados específicos y adaptados. Algunas de las áreas en las que los profesionales enfermeros pueden desarrollar prácticas avanzadas incluyen la prescripción de medicamentos, la realización de diagnósticos enfermeros, la gestión de enfermedades crónicas y la atención a pacientes en situaciones de emergencia.
- Beneficios para los pacientes: La implementación de la práctica avanzada en el cuidado al paciente ha demostrado generar varios beneficios para los pacientes. En primer lugar, permite un acceso más rápido y eficiente a los servicios de salud, ya que los profesionales enfermeros pueden asumir ciertas tareas antes exclusivas de los médicos. Además, los estudios han mostrado una mejora en la satisfacción del paciente, ya que la atención se brinda de manera más integral y personalizada. Asimismo, se ha evidenciado que la práctica avanzada en enfermería contribuye a reducir las tasas de complicaciones y reingresos hospitalarios, así como a mejorar los resultados de salud a largo plazo.
- Beneficios para los sistemas sanitarios: Para los sistemas de salud supone una gran rentabilidad ya que se reducen los costos al permitir que los pacientes reciban atención de alta calidad en un ambiente ambulatorio.
- Implementación en distintos países: La implementación de la práctica avanzada en el cuidado al paciente ha variado en diferentes países y sistemas de salud. Por ejemplo, en Estados Unidos, los profesionales enfermeros con práctica avanzada pueden obtener licencias independientes para ejercer y prescribir medicamentos en la mayoría de los estados. En Canadá, se han establecido programas de

maestría en enfermería que permiten a los enfermeros desarrollar habilidades avanzadas en áreas específicas. En países europeos como el Reino Unido y España, se han creado perfiles profesionales como las enfermeras especialistas clínicas y las enfermeras de práctica avanzada, respectivamente.

5 Discusión-Conclusión

La ampliación del rol de los profesionales enfermeros a través de la implementación de la práctica avanzada en el cuidado al paciente está transformando la forma en que se brindan los servicios de salud.

La adquisición de competencias avanzadas por parte de los profesionales enfermeros les permite desempeñar un papel fundamental en la mejora de la calidad de la atención y en la optimización de los resultados de salud. Si bien la implementación de la práctica avanzada varía en diferentes partes del mundo, es evidente que esta ampliación del rol es crucial para garantizar una atención integral y eficiente, mejorando la calidad y accesibilidad de la atención al paciente.

Pese a que los cambios en la enfermería han evolucionado considerablemente, es necesario que se empleen más recursos para continuar promoviendo el desarrollo educativo, ofreciendo mayor accesibilidad a los procesos de formación del gremio enfermero.

6 Bibliografía

1. Cassiani, S. H. D. B., & Silva, F. A. M. da. (2019). Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud: el caso de Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 27, e3245. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3245>
2. Leticia San Martín-Rodríguez. (20216). Práctica avanzada en Enfermería y nuevos modelos de organización sanitaria. *Enfermería Clínica*; 26 (3): 155- 157. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.04.007>.
3. Organización Panamericana de la Salud.(2018). Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS. <https://doi.org/10.37774/9789275320037>.
4. Morán-Peña, L. (2017). La Enfermería de Práctica Avanzada ¿qué es? y ¿qué podría ser en América Latina? *Enfermería universitaria*, 14(4), 219–223. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.09.004>

5. De Arco-Canoles, O. D. C., & Suarez-Calle, Z. K. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Universidad y salud*, 20(2), 171. <https://doi.org/10.22267/rus.182002.121>

Capítulo 84

GUÍA DE CLASIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN (UPP) PARA ENFERMERÍA

CELIA SÁNCHEZ CASAS

LISAIDA REINA TRUJILLO

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

TAMARA NOVA VALERO

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

1 Introducción

En esta revisión bibliográfica se va a tratar el tema de las Úlceras por presión, como se producen, clasificación y prevención desde el nivel del profesional sanitario de enfermería. Las úlceras por presión UPP son lesiones que se producen en la piel, secundarias a un proceso de isquemia (disminución de la circulación de la sangre), que afectan a las distintas capas de la piel: dermis, tejido subcutáneo, músculo, e incluso llegando en ocasiones hasta articulaciones y huesos. Las UPP (Úlceras Por Presión) conllevan un gran deterioro en el nivel de salud y calidad de nuestros mayores, presentan una gran prevalencia e incidencia, y en la mayoría de los casos su manejo se encuentra en desconocimiento e implica una dificultad añadida.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DE UPP

Podemos dividir los factores que influyen en la aparición de UPP en dos:

Factores internos

Edad.

Alteraciones nutricionales.

Alteración de la sensibilidad (no percepción del dolor).

Alteración del estado mental o nivel de conciencia.

Alteración inmunológica.

Factores externos

Inmovilidad física.

Humedad (incontinencia, sudoración, drenajes, exudado de heridas...)

Factores mecánicos y/o fricción.

Su aparición es frecuente en lugares donde encontramos prominencias óseas tales como las orejas, los hombros, omóplatos, codos, costillas, caderas, sacro, rodillas, talones, tobillos

2 Objetivos

Objetivo principal

Conocer la clasificación de las Úlceras por presión (UPP)

Objetivo secundario

Exponer la manera de prevenir las úlceras por presión (UPP)

3 Metodología

Para la resolución del tema presente se realiza una revisión bibliográfica con una estrategia de búsqueda basada en la siguiente terminología:

- Úlceras por Presión
- Coste-efectividad.

Se ha excluido de la búsqueda de información de fuente poco fiables y con más de seis años de antigüedad y que no estuvieran muy relacionadas con el tema.

También he revisado artículos con palabras claves relacionadas, he revisado quince artículos, de los cuales todos tenían información para desarrollar el tema.

4 Resultados

CATEGORIA I

Eritema no blanqueante

Piel intacta con eritema no blanqueante de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimientos o dolor también pueden estar presentes. Las pieles oscuras pueden no presentar una palidez visible. Otras características: El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La Categoría / Estadio I puede ser difícil de detectar en personas con tonos oscuros de piel. Puede indicar personas "en riesgo" de desarrollar una úlcera por presión.

CATEGORIA II

Úlcera de espesor parcial

La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida entre rosado y rojizo, sin esfácelos. También puede presentarse como una ampolla intacta o abierta/rota llena de suero o de suero sanguinolento. Otras características: Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfácelos o hematomas*. Esta categoría / estadio no debería emplearse para describir desgarros de la piel, quemaduras provocadas por el esparadrapo, dermatitis asociada a la incontinencia, la maceración o la excoiación. *El hematoma sugiere lesión de tejidos profundos.

CATEGORIA III

Pérdida total del grosor de la piel

Pérdida completa del grosor del tejido. La grasa subcutánea puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos. Pueden aparecer esfácelos. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones. Otras características: La profundidad de las úlceras por presión de categoría/estadio III varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y las úlceras de categoría/estadio III pueden ser poco profundas. Por el contrario, las zonas con adiposidad significativa pueden desarrollar úlceras por presión de categoría/estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables. CATEGORIA IV

Pérdida total del espesor de los tejidos.

Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuestos. Pueden aparecer esfácelos o escaras. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. Otras características: La profundidad de la úlcera por presión de categoría/estadio IV varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y estas úlceras pueden ser poco profundas. Las úlceras de cate-

goría/estadio IV pueden extenderse al músculo y/o a las estructuras de soporte (por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación) pudiendo provocar la aparición de una osteomielitis u osteítis. El hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable.

5 Discusión-Conclusión

Prevenir UPP

Existen tres bases imprescindibles para la prevención de su aparición en pacientes con alto riesgo

Cuidados de la piel

Se debe revisar todos los días el estado de la piel. Vigilar con más énfasis las zonas de prominencias óseas (nombradas previamente).

Mantener la piel siempre limpia y seca.

Lavar la piel con agua tibia y jabón de pH neutro, aclararla con agua tibia y secarla sin fricción.

Aplicar crema hidratante o aceite (el aceite se aplica con la piel húmeda. Después secar. No aplicar en pliegues cutáneos, ni dar masajes intensos.

Poner apósitos protectores (espumas de poliuretano no adhesivas) en las zonas de más riesgo.

Mantener la ropa de la cama siempre limpia y sin arrugas.

Ropa interior de algodón.

Movilización

Se deben realizar cambios posturales cada dos o tres horas a los pacientes encamados y si está en una silla, debe cambiar de posición por lo menos cada hora.

Mantener la alineación corporal y la distribución del peso.

No usar cojines en forma de rodete o anillo porque pueden favorecer las dificultades de aporte circulatorio.

Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí, por ejemplo en las rodillas, utilizando almohadas.

Evitar el arrastre y las fricciones.

Nutrición

Corregir los déficits nutricionales.

Aumentar la ingesta de proteínas, vitaminas y minerales.

Asegurar una hidratación y mantener un estado de hidratación adecuado.

6 Bibliografía

<https://ulceras.net/monografico/110/98/ulceras-por-presion-categorias.html>
<https://salusmayores.es/blog/que-son-las-ulceras-por-presion-upp/#::text=Las%C3%BAlceras%20por%20presi%C3%B3n%20UPP,ocasiones%20hasta%20articulaciones%20y%20huesos.>

Capítulo 85

GUÍA LESIONES ASOCIADAS A LA HUMEDAD RELACIONADAS CON LA INCONTINENCIA PARA ENFERMERÍA

CELIA SÁNCHEZ CASAS

LISAIDA REINA TRUJILLO

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

TAMARA NOVA VALERO

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

1 Introducción

En el ámbito de las lesiones, hasta hace poco se pensaba que eran bien conocidas y aceptadas tres causas principales de enfermedades crónicas.

Daño a los tejidos subyacentes y la piel.

- Corte y presión solos o en combinación. Ambos conducen a isquemia y ulceración (úlceras por presión).
- Enfermedad vascular periférica, que también provoca úlceras o insuficiencia vascular. Nivel inferior de una extremidad.
- Una afección que produce úlceras y combina polineuropatía periférica y angiopatía. En el pie de un diabético.

Fruto del avance y desarrollo en el campo de estudio e investigaciones relacionadas, sugirieron dos factores etiológicos más:

- Los que pueden dañar la piel incluyen la humedad y, más recientemente, la fricción o tocar.

Podemos ver cómo esta definición amplía la gama de posibles fuentes de humedad, más allá de las lesiones cutáneas.

- Aunque pueden ser los más comunes y de los que hablaremos, la orina y las heces no son las únicas.

Existen varias formas de producción de este tipo de lesiones que veremos más adelante en este capítulo y realizaremos una revisión bibliográfica acerca de como se producen estas lesiones, pudiendo así evitar su aparición y su prevalencia cuando ya hayan ocurrido

2 Objetivos

-Definir las lesiones asociadas a la humedad.

-Clasificar las lesiones asociadas a la humedad por incontinencia en función de su etiología.

3 Metodología

Para la resolución del tema presente se realiza una revisión bibliográfica con una estrategia de búsqueda en bases de datos como Pubmed o Medline, basada en la siguiente terminología:

- Lesiones asociadas a la humedad.
- Coste-efectividad.

Se ha excluido de la búsqueda de información de fuentes poco fiables y con más de seis años de antigüedad y que no estuvieran muy relacionadas con el tema.

También he revisado artículos con palabras claves relacionadas, he revisado quince artículos, de los cuales todos tenían información para desarrollar el tema.

4 Resultados

LESCAH se divide en seis formas o tipos distintos.

- Dermatitis asociada a la incontinencia. (DAI), causada por la orina y/o heces.
- Intertrigo o Dermatitis intertriginosa, producida por el sudor en zonas de pliegues cutáneos.
- Dermatitis perilesional, asociada al exudado procedente de las heridas en la piel perilesional y cuya localización está en relación con la lesión primaria.

- Dermatitis cutánea asociada al exudado, en las que el exudado no procede de heridas, sino como consecuencia de procesos sistémicos (insuficiencia cardíaca severa o linfedema).
- Dermatitis periestomal, debida a los efluentes de ostomías y/o fistulas.
- Dermatitis por saliva o mucosidad procedente de la boca o fosas nasales.

Incontinencia urinaria y fecal.

Corresponde a una pérdida involuntaria de heces y/u orina. Aquí es donde actuaremos.

Incapacidad para controlar la vejiga. Una definición de incontinencia urinaria (IU) es cuando se pierde orina sin control. La gravedad de este tipo de incontinencia en frecuencia, efecto y tamaño, es un importante problema social y de salud, ya que impacta negativamente en la autonomía y la calidad de vida.

La independencia y el bienestar personal tienen importantes ramificaciones psicológicas y sociales y exponen a las personas a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, así como un importante desembolso financiero.

A pesar de ser más frecuente, afecta a personas de todas las edades y sexos, personas mayores, particularmente mujeres, y mujeres, uno de los síndromes geriátricos más prevalentes. Estimado en España en 2009.

Prevalece el 150,8 por ciento de la población (6.5110.000 personas).

Del 30% a 40% de las mujeres de mediana edad y en mujeres de edad avanzada, hasta el 50%. Para.

La prevalencia global estimada es para hombres. 7 por ciento (casi 1,5 millones de hombres), lo que se puede lograr en personas mayores, llegando a ser mayor que el 14-29% de los mayores de 65 años entre los mayores de 85 años, el 50%.

La incontinencia fecal, también llamada fuga intestinal accidental, es la evacuación accidental de materia fecal (incluidas heces sólidas, heces líquidas, o moco) por el ano. El tipo más común de incontinencia fecal se denomina incontinencia de urgencia.

La Incontinencia fecal (IF), que es la pérdida de control de los ancianos, frecuentemente expulsan gases y heces de forma voluntaria, uno de los síndromes geriátricos con mayores afectaciones en la calidad de vida que puede causar un impacto psicosocial y financiero significativo en la calidad de vida del cuidador.

5 Discusión-Conclusión

Dermatitis relacionada con la incontinencia.

(DAI) es un tipo de dermatitis irritante que crece como resultado de la exposición a la micción o heces persistentes.

La inflamación y/o erosión de la piel a través de la acción prolongada de la orina y/o residuos. Erosión, denudación, eritema e inflamación son algunos de los síntomas de la piel, con apariencia de pequeña herida y ocasionalmente de infección secundaria.

Los adultos que han estado expuestos a la orina y/o las heces pueden experimentar un cambio en la condición de su piel.

Se conocen y están bastante confundidos y emplean más de 18 palabras diferentes, aunque es la frase más utilizada en la literatura, la condición conocida como dermatitis perineal.

También se ha empleado indistintamente como una lesión macerativa provocada por la humedad.

Erupción, lesión por maceración, Dermatitis de contacto, Dermatitis irritante, Intertrigo.

Maceración y subidón de calor.

Dermatitis en la zona del pañal, incluso muchas.

Además, algunas de estas lesiones han sido clasificadas falsamente como UPP de categoría I. o II.

Por todo esto, es importante conocer el mecanismo de producción de estas lesiones, sobre todo en el ámbito de enfermería

6 Bibliografía

<https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2016/07/GUIAX3M.pdf>

Capítulo 86

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: VALORACIÓN Y DIFERENCIACIÓN DE LAS LESIONES ASOCIADAS A LA HUMEDAD. INSTRUMENTOS Y ESCALAS PARA ENFERMERÍA

CELIA SÁNCHEZ CASAS

LISAIDA REINA TRUJILLO

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

TAMARA NOVA VALERO

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

1 Introducción

Como ya mencionaron Beeckman et al. ha habido mucho debate hasta este punto, la capacidad de distinguir entre úlceras es limitada LESCAH en particular y presión (UPP) en general como DAI, en su presentación. A pesar de que es un tipo de lesión actualmente prestando más atención a la ayuda, lo que demuestra que en la investigación creciente número de artículos publicados la distinción correcta que hay que hacer sobre el tema. Sigue siendo un desafío de parte de una entidad a otra de los expertos.

Hay muchas causas diferentes, empezando por algunos autores no ven la existencia fáctica de la entidad como una lesión.

Además, se diferencia de la dermatitis irritante la variada. Un estudio que se realizó en cinco ciudades. Se les pidió que categorizaran una muestra de 1.452 enfermeras, todas ellas mujeres europeas tipo de sistema creado por la EPUAP daño en cuestión. Se encontró que la clasificación de las lesiones difería.

La relación entre la humedad y la UPP resultó complicada. Clasificar fue uno de los errores más típicos la lesión como UPP en estadio II cuando en realidad era una lesión conectada a la humedad.

Se publicó otro estudio en el mismo sentido En 2011 también registró un mínimo. acuerdo sobre cómo clasificar algo las lesiones que se encuentran en la región perianal o glúteo En el mismo estudio también. Pensé en cómo categorizar una lesión.

Comenzó como una lesión relacionada pero que evolucionó hasta convertirse en una lesión que comprometió el tejido subcutáneo y se volvió más húmeda.

Varios autores han intentado aclarar esta ambigüedad.

Respecto a las lesiones por incontinencia cualquier otro, concretamente aquellos en los que se encuentran las úlceras por presión estas son las primeras etapas más difíciles de distinguir. Es crucial distinguir entre PU y DAI.

2 Objetivos

Objetivo principal

Valorar y diferenciar las lesiones asociadas a la humedad

Objetivo secundario

Estudiar las lesiones asociadas a la humedad con escalas

3 Metodología

Para la resolución del tema presente se realiza una revisión bibliográfica con una estrategia de búsqueda basada en la siguiente terminología:

- Lesiones asociadas a la humedad
- Coste-efectividad.

Se ha excluido de la búsqueda de información de fuentes poco fiables y con más de seis años de antigüedad y que no estuvieran muy relacionadas con el tema.

También he revisado artículos con palabras claves relacionadas, he revisado quince artículos, de los cuales todos tenían información para desarrollar el tema.

4 Resultados

Escalas de valoración riesgo lesión por humedad

Existen diversas escalas o herramientas que te permiten evaluar correctamente el riesgo de daños por humedad para que puedas tomar las medidas necesarias para planificar e implementar el tratamiento más adecuado. a) Escala de eritema visual (EVE): desarrollada por Fader basada en la escala de dermatitis de contacto de Quinn. Consta de una escala numérica del 0 al 4 para definir hasta cinco grados colorimétricos para la evaluación del eritema. b) Escala de cuadros de dermatitis del pañal húmedo (DPH): desarrollada por Palomar a partir de la escala EVE. Consiste en una calificación visual para valorar el color del eritema y el grado de afectación cutánea. La escala divide la gravedad de los daños por humedad en 6 categorías. c) Perineal Trauma Measurement Scale (PAT, Perineal Assessment Tool): desarrollada originalmente por Nix y adaptada de GNEAUPP 1. Esta escala consta de 4 ítems o factores para evaluar el riesgo de daño cutáneo en la zona perineal debido a la incontinencia. d) Escala de puntuación para dermatitis perineal: desarrollada por Brown y Sears. Se trata de una escala de 4 puntos diseñada para evaluar el alcance y la gravedad de la dermatitis asociada a la incontinencia (DAI) y los cambios en estos factores como resultado de las intervenciones de enfermería. e) Escala Incontinence Associated Dermatitis Assessment Tool (IAD): desarrollada por Kennedy y Luth. Consta de tres puntos y evalúa el grado de deterioro de la piel provocado por la dermatitis relacionada con la incontinencia. f) Incontinence Skin Injury Severity Inventory (ESLCI): desarrollado por Rueda J. et al. Es una escala de 0 a 12 puntos (0 = piel sana y sana, 12 = piel muy dañada), y la suma de los puntos se obtiene evaluando cuatro subapartados con valores de 0 a 3 puntos. g) Subescala de humedad de la escala de Braden: La escala de Braden es una escala validada para predecir el riesgo de úlceras por presión; incluye seis subescalas, una de las cuales incluye la humedad como factor de riesgo. Esta subescala consta de 4 puntos y se utiliza para evaluar el grado de exposición a la humedad de la piel.

5 Discusión-Conclusión

Las lesiones relacionadas con la humedad son un problema de salud que afecta a todos los niveles asistenciales, especialmente en la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde vemos una prevalencia y morbilidad muy elevadas. Un estudio de prevalencia nacional realizado en España en 2009 mostró que la prevalencia media de UPP en unidades de cuidados intensivos era de $24,2 \pm 22,8$. Las carac-

terísticas medias de edad y sexo de los pacientes con ERL son consistentes con la literatura publicada sobre el tema. En cuanto a la localización, aunque la mayoría de los estudios se centraron en el sacro como primera zona afectada, en nuestro caso la mayor proporción de lesiones fueron en talón, nariz y glúteos. Por tanto, es importante entender cómo clasificar estas lesiones, especialmente en enfermería.

6 Bibliografía

1. <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Escalas-de-valoraci%C3%B3n-riesgo-lesi%C3%B3n-por-humidade?idioma=es>
2. <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2016/07/GUIAX3M.pdf>

Capítulo 87

MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

SARA ALVAREZ DIAZ

ESTHER GONZÁLEZ NIETO

MARÍA ESTÉVEZ VILLANUEVA

1 Introducción

Las siglas conocidas como SMSL significan Síndrome de Muerte Súbita Lactante. La muerte súbita del lactante es la muerte inesperada y repentina de un bebé menor de un año. La mayoría de las muertes por SMSL están asociadas al sueño, por eso también se le conoce vulgarmente como “muerte en la cuna”.

Hoy en día, su causa se desconoce; aunque se cree que puede estar relacionado con diferentes factores: genéticos, procesos inflamatorios, infecciosos, alteraciones del sistema inmunitario... Todo esto junto con factores de tipo ambiental son cosas con las que podrían relacionarse.

Hay factores personales que son inmodificables, pero sobre todo en las medidas de tipo ambiental si podemos incidir y llegar a reducir el riesgo de manera muy significativa.

Es la primera causa de muerte posnatal, por lo que es preciso insistir desde el primer día en los cuidados y las medidas a tener en cuenta para evitar en la medida de lo posible. Desde el momento del nacimiento y sobre todo, una vez dados de alta hospitalaria donde los profesionales sanitarios ya no se encuentran 24 h al día encima del RN debemos dar una serie de recomendaciones claras y concisas sobre ello donde no quede lugar a error. Además, desde la consulta de Atención Primaria volver a recordar cuidados y entregar hojas de recomendaciones por escrito.

2 Objetivos

- Describir y explicar que significa el término Síndrome Muerte Súbita del Lactante (SMSL).
- Analizar los factores que podrían desencadenarlo.
- Enunciar los cuidados y medidas preventivas a evitar.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se ha visto que la lactancia materna tiene un efecto protector sobre SMSL por lo que se recomienda la LM a demanda hasta al menos 6 meses exclusivamente; y después junto con alimentación complementaria hasta que madre e hijo deseen.

La forma más segura de dormir para un recién nacido sería en su propia cuna, en la misma habitación que sus padres, cerca de su cama, hasta mínimo los 6 meses de vida; aunque se recomienda hasta el año.

Además, es muy importante colocar al recién nacido para dormir siempre boca arriba con la cabeza ladeada alterando ambos lados.

La cuna debe tener un colchón firme, sin almohada, cojines ni peluches y; debemos hacer la cuna de manera que la ropa nunca ni de ninguna manera pueda taparle la cara (los pies del niño deben llegar a la parte de abajo y la manta que le cubra no debe superar su pecho y estar bien sujeta por debajo del colchón).

Aunque se ha visto que el colecho es una práctica beneficiosa para el bebé, aumenta el riesgo de muerte súbita, por lo que no debe ser recomendado en casos concretos como: en bebés menores de 3 meses, prematuros o con bajo peso.

No realizar colecho si alguno de los padres es fumador, ha consumido alcohol, medicamentos ansiolíticos, antidepresivos o hipnóticos. O en situaciones de cansancio extremo como puede ser el postparto inmediato. Tampoco se debe colechar en sofás, sillones o cualquier sitio que no sea la cama por el riesgo importante de caídas.

La habitación debe estar bien ventilada y a una temperatura agradable (20-22°); evitando el calor excesivo; ni el frío intenso. No fumar ni permitir que nadie lo haga en su domicilio, ya que el humo del tabaco es irritante y altamente perjudicial; más aún en niños. Podrían ofrecerle chupo si desean; pero mejor una vez esté bien instaurada la LM.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las muertes por SMSL ocurren entre los 2 y los 4 meses de vida; y además, los casos se incrementan en temporadas de clima frío.

Está documentada la clara relación entre dormir en prono y el aumento de riesgo de muerte súbita.

Al dormir boca abajo se podrían bloquear las vías respiratorias; y además, es probable que puedan respirar el mismo aire que acaban de exhalar; por lo que tendría gran cantidad de dióxido de carbono y el nivel de oxígeno corporal se reduciría.

Los hermanos de lactantes fallecidos por muerte súbita podrían además podrían tener 5 veces más posibilidades de morir por este mismo síndrome. No está claro si la relación es por los factores, genéticos o ambientales.

Hay evidencia de que unas buenas prácticas; ya mencionadas en el anterior apartado podrían disminuir hasta un 50% riesgo de síndrome por muerte súbita del lactante, por eso es tan importante ya desde el embarazo, tener unos hábitos de vida saludables y adaptarnos a las recomendaciones que nos dan los profesionales de la salud.

6 Bibliografía

<https://kidshealth.org/es/parents/sids.html>

<https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-diversos-en-lactantes-y-ni%C3%B1os/s%C3%ADndrome-de-muerte-s%C3%ABita-del-lactante-smsl>

<https://enfamilia.aeped.es/prevencion/colecho-sindrome-muerte-subita-lactante-lactancia-materna>

<https://enfamilia.aeped.es/prevencion/consejos-para-reducir-riesgo-muerte-subita-infantil>

Capítulo 88

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE PRIMARIA

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ

AIXA CASILDAS GÓMEZ

BEATRIZ RUIZ GALACHE

BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ

1 Introducción

La consulta de enfermería de primaria es un proceso esencial en el cuidado de la salud que se lleva a cabo en entornos de atención médica comunitaria y centros de salud. Su definición y concepto pueden describirse en detalle en unas 230 palabras de la siguiente manera:

La consulta de enfermería de primaria se refiere a un servicio de atención médica fundamental proporcionado por enfermeras en el nivel inicial de atención de salud. Su objetivo principal es promover la prevención de enfermedades, el mantenimiento de la salud y la gestión de afecciones crónicas en individuos y comunidades. Esta consulta se basa en una relación de confianza entre el paciente y el enfermero, y se centra en la atención integral y personalizada.

En su definición, la consulta de enfermería de primaria abarca diversas actividades, como la evaluación de la salud del paciente, la identificación de factores de riesgo, la educación sobre salud, la promoción de estilos de vida saludables y la administración de cuidados básicos. Además, incluye la coordinación de servicios de atención médica y la derivación a otros profesionales de la salud cuando sea necesario.

El concepto clave de esta consulta es la atención centrada en el paciente, que implica escuchar las preocupaciones del paciente, comprender sus necesidades individuales y colaborar en la toma de decisiones sobre su atención. Los enfermeros de atención primaria desempeñan un papel fundamental en la promoción de la salud comunitaria, la prevención de enfermedades y la mejora de la calidad de vida de las personas a través de la atención preventiva y el seguimiento continuo de la salud.

La consulta de enfermería de primaria es un pilar esencial de la atención médica comunitaria, que se enfoca en el cuidado integral, la prevención y la promoción de la salud, y se basa en una relación de confianza entre el enfermero y el paciente. Esta atención juega un papel vital en el bienestar de las personas y en la gestión efectiva de las condiciones de salud en la comunidad.

2 Objetivos

El objetivo que se tiene de forma principal es mostrar las funciones del enfermero en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en las consultas externas hospitalarias.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

Las funciones del enfermero en la consulta de enfermería de primaria son fundamentales para proporcionar atención de calidad y promover la salud en la comunidad. Estas funciones abarcan una amplia gama de actividades que se pueden resumir en 300 palabras de la siguiente manera:

Evaluación de la salud: El enfermero de atención primaria realiza una evaluación completa de la salud del paciente, que incluye la recopilación de antecedentes médicos, la medición de signos vitales y la identificación de factores de riesgo para enfermedades.

Diagnóstico de enfermería: Basado en la evaluación, el enfermero formula diagnósticos de enfermería para identificar las necesidades de cuidados y los problemas de salud del paciente. Esto ayuda a establecer un plan de atención individualizado.

Planificación de cuidados: El enfermero desarrolla un plan de atención centrado en el paciente que incluye objetivos de salud, intervenciones de enfermería y estrategias de prevención. Este plan se adapta a las necesidades y metas específicas del paciente.

Educación en salud: Una función crucial del enfermero de atención primaria es educar al paciente y su familia sobre temas relacionados con la salud, como la prevención de enfermedades, la gestión de condiciones crónicas, la nutrición adecuada y el autocuidado.

Promoción de la salud: Los enfermeros trabajan activamente para fomentar estilos de vida saludables en la comunidad. Esto implica brindar información sobre la importancia de la actividad física, la dieta equilibrada y la prevención de enfermedades.

Administración de tratamientos: Los enfermeros pueden administrar medicamentos, inyecciones y realizar procedimientos médicos según sea necesario para el paciente. Esto requiere un conocimiento sólido de las prácticas de enfermería y la seguridad del paciente.

Seguimiento y evaluación: El enfermero de atención primaria realiza un seguimiento continuo de la salud del paciente, revisa regularmente el progreso hacia los objetivos de atención y ajusta el plan de cuidados según sea necesario.

Coordinación de la atención: En casos en los que se requiera atención especializada, el enfermero coordina las derivaciones a otros profesionales de la salud y se asegura de que el paciente reciba la atención adecuada y oportuna.

Apoyo emocional: Los enfermeros ofrecen apoyo emocional a los pacientes y sus familias, especialmente en situaciones de estrés o enfermedades graves. Esto incluye escuchar, brindar consuelo y proporcionar recursos para el bienestar mental.

Registro de información: Mantener registros precisos y completos de la atención brindada es esencial. Esto garantiza la continuidad de la atención y facilita la comunicación entre el equipo de atención médica.

El enfermero desempeña un papel multifacético en la consulta de enfermería de primaria. Su enfoque en la evaluación, el cuidado individualizado, la educación en salud y la promoción de la salud contribuye de manera significativa a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a prevenir enfermedades en la comunidad. Su compromiso con el bienestar del paciente es esencial para la atención médica efectiva y centrada en el paciente en el nivel de atención primaria.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen funcionamiento de la consulta de enfermería de primaria, es crucial mantener un enfoque centrado en el paciente. Escucha activamente a cada paciente, valora sus necesidades individuales y participa en la toma de decisiones sobre su atención. La empatía y el respeto son fundamentales para establecer una relación de confianza que promueva la colaboración y el cumplimiento de los planes de cuidado.

Además, la comunicación efectiva tanto con los pacientes como con otros profesionales de la salud es esencial. Mantén registros precisos y completos, y fomenta la coordinación interprofesional para garantizar una atención integral. No te olvides de cuidar tu propio bienestar, ya que un enfermero saludable puede brindar una atención de mayor calidad. Prioriza la educación continua para mantenerte al día con las mejores prácticas y avances en enfermería. En conjunto, estas prácticas fortalecerán la consulta de enfermería de primaria y mejorarán la experiencia de atención para tus pacientes.

6 Bibliografía

Esperón, T., & Maricela, J. (2004). Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. *Revista cubana de salud pública*, 30(4), 0-0.

Capítulo 89

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL BANCO DE SANGRE

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ

AIXA CASILDAS GÓMEZ

BEATRIZ RUIZ GALACHE

BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ

1 Introducción

El banco de sangre hospitalario es una entidad médica especializada encargada de la recolección, almacenamiento, procesamiento y distribución de componentes sanguíneos seguros y compatibles con el propósito de abastecer las necesidades transfusionales de un hospital o centro de atención médica. Su definición y concepto pueden describirse de manera más detallada en aproximadamente 230 palabras.

El banco de sangre hospitalario es una parte integral de la infraestructura de atención médica de cualquier institución hospitalaria. Su principal objetivo es garantizar un suministro constante de sangre y productos sanguíneos para pacientes que requieren transfusiones debido a cirugías, traumatismos, afecciones

médicas crónicas u otras situaciones clínicas críticas. Para lograrlo, el banco de sangre hospitalario se dedica a las siguientes funciones clave:

Recolección de sangre: Organiza campañas de donación de sangre para obtener donantes voluntarios y seguros, y recopila las unidades de sangre donadas.

Procesamiento y pruebas de compatibilidad: Lleva a cabo análisis de laboratorio para verificar la compatibilidad entre el donante y el receptor, además de procesar la sangre en sus componentes (glóbulos rojos, plasma, plaquetas, etc.) para su almacenamiento y uso óptimo.

Almacenamiento seguro: Mantiene condiciones de almacenamiento adecuadas para preservar la integridad y la calidad de los componentes sanguíneos, cumpliendo con regulaciones y estándares rigurosos.

Distribución controlada: Suministra productos sanguíneos de manera controlada y segura según las necesidades clínicas de los pacientes, garantizando una trazabilidad adecuada.

Monitoreo de la calidad: Realiza controles de calidad regulares para garantizar la seguridad de las transfusiones y minimizar el riesgo de transmisión de enfermedades.

El banco de sangre hospitalario es una parte vital de la atención médica moderna, asegurando el acceso a sangre y componentes sanguíneos seguros y compatibles para pacientes en situaciones críticas. Su operación eficiente y su compromiso con la seguridad y la calidad son esenciales para salvar vidas y mejorar la atención médica en los hospitales y centros de salud.

2 Objetivos

El objetivo que se tiene de forma principal es mostrar las funciones del enfermero en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en las consultas externas hospitalarias.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa

literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El enfermero en el banco de sangre hospitalario desempeña un papel crítico en garantizar la seguridad y la eficiencia en la gestión de la sangre y los componentes sanguíneos. Sus funciones abarcan una amplia gama de actividades que pueden resumirse en 300 palabras de la siguiente manera:

Recolección de sangre: Los enfermeros en el banco de sangre supervisan las campañas de donación de sangre, asegurando que los donantes cumplan con los requisitos de elegibilidad y proporcionen unidades de sangre seguras. Además, son responsables de verificar la identificación de los donantes y mantener un registro preciso de las donaciones.

Procesamiento y pruebas de compatibilidad: Una de las tareas fundamentales es el procesamiento de la sangre donada en sus componentes (glóbulos rojos, plasma, plaquetas, etc.). Los enfermeros realizan pruebas de compatibilidad para garantizar que las unidades de sangre sean seguras y adecuadas para su uso en pacientes.

Almacenamiento adecuado: Los componentes sanguíneos deben almacenarse en condiciones específicas de temperatura y tiempo para mantener su integridad y seguridad. Los enfermeros se encargan de la correcta refrigeración y congelación de la sangre, además de verificar las fechas de vencimiento.

Suministro controlado: Cuando se requieren transfusiones, los enfermeros en el banco de sangre hospitalario suministran los componentes sanguíneos necesarios, asegurándose de que se cumplan las indicaciones médicas y garantizando la trazabilidad de cada unidad.

Garantía de calidad: Realizan controles de calidad rigurosos en los productos sanguíneos para garantizar la seguridad del paciente. Esto incluye pruebas de detección de enfermedades infecciosas y verificación de la compatibilidad antes de las transfusiones.

Educación y capacitación: Los enfermeros en el banco de sangre brindan educación a los profesionales de la salud sobre las políticas y procedimientos de transfusión segura. También capacitan al personal en la identificación de reac-

ciones adversas y la respuesta adecuada.

Monitoreo constante: Supervisan de cerca las transfusiones para identificar y abordar cualquier reacción adversa o complicación en el paciente. Esto garantiza una atención segura y eficaz.

Gestión de registros: Mantienen registros precisos y completos de todas las actividades relacionadas con la gestión de la sangre, lo que es esencial para la trazabilidad y la documentación legal.

Cumplimiento normativo: Se aseguran de que todas las operaciones en el banco de sangre hospitalario cumplan con las regulaciones y estándares de seguridad establecidos por las autoridades sanitarias.

El enfermero en el banco de sangre hospitalario desempeña un papel esencial en la recolección, procesamiento, almacenamiento y distribución segura de la sangre y sus componentes. Su compromiso con la seguridad del paciente y la calidad de la atención es fundamental para garantizar transfusiones exitosas y salvar vidas en situaciones clínicas críticas.

5 Discusión-Conclusión

Para mantener un banco de sangre hospitalario eficiente y seguro, así como para otros enfermeros que trabajan en este entorno, aquí van algunas recomendaciones clave:

Priorizar la seguridad del paciente: Siempre coloca la seguridad del paciente en primer lugar. Verifica dos veces las identificaciones, sigue los procedimientos estándar y mantén un registro preciso para evitar errores en transfusiones.

Capacitación constante: Mantente actualizado en las últimas prácticas y regulaciones relacionadas con la gestión de sangre. La educación continua es esencial para brindar atención de calidad.

Comunicación efectiva: Establece una comunicación clara y abierta con el equipo médico y otros profesionales de la salud. La colaboración es clave para un manejo adecuado de la sangre.

Vigilancia continua: Supervisa de cerca las transfusiones y las donaciones de sangre para identificar cualquier problema o reacción adversa. Una respuesta rápida puede prevenir complicaciones graves.

Cuidado del paciente: Proporciona apoyo emocional a los pacientes que reciben transfusiones y a sus familias. La empatía y el cuidado son componentes esenciales de la atención.

Registro detallado: Lleva registros precisos y completos de todas las actividades relacionadas con la sangre. Esto es crucial para la trazabilidad y la responsabilidad.

Mantenimiento del equipo y condiciones de almacenamiento: Asegúrate de que los equipos de refrigeración y congelación estén en buen estado de funcionamiento y cumplan con los estándares.

Siguiendo estas recomendaciones, se puede mantener la calidad y seguridad en el banco de sangre hospitalario, lo que es fundamental para salvar vidas y proporcionar atención de alta calidad a los pacientes que dependen de las transfusiones sanguíneas.

6 Bibliografía

Zabalegui Yáñez, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

Capítulo 90

FACTORES DE RIESGO EN EL SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR: REVISIÓN SISTEMÁTICA

SARA CASTELLANOS CASTRO

CRISTINA SERRANO MOVILLA

MONTSERRAT COMINO BRUNNER

ELSA MOLINERO CASTAÑEDA

LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ

1 Introducción

En los últimos años, se ha incrementado el número de cuidadores debido al aumento de personas dependientes en nuestra sociedad. El cuidador informal se considera a aquella persona encargada de realizar las tareas de cuidado de las que no son capaces de realizarlas por sí mismas sus actividades básicas de la vida diaria, normalmente suele ser debido a enfermedades degenerativas o la vejez. (1) En general, los cuidadores suelen ser, familiares de la persona, caracterizados por no disponer de una formación específica, no recibir remuneración económica por el trabajo realizado, y no tener un horario concreto, dedicando la mayor parte del tiempo al cuidado de la persona dependiente. (1) Sin embargo, cada vez son más los cuidadores que presentan una serie de síntomas que dan lugar al síndrome

de sobrecarga del cuidador algunos de ellos son: estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, apatía, pérdida del apetito, o dificultad de concentración. (2) Otros de los factores que genera esta situación es que los cuidadores abandonan sus actividades de ocio y relaciones sociales para dedicarse plenamente al cuidado del familiar. El síndrome de sobrecarga del cuidador genera que la persona tenga un mayor riesgo de enfermedades o patologías físicas y psicológicas, provocando una reducción en la calidad de vida de estas personas y afectando al cuidado de la persona. (3) Por este motivo, el control de los factores de riesgo y la prevención de este síndrome es fundamental para la salud del cuidador, así como del paciente. A través de este trabajo se pretende analizar los factores de riesgo y prevención del síndrome de sobrecarga del cuidador.

2 Objetivos

- Identificar los principales factores de riesgo y prevención del síndrome de sobrecarga del cuidador.
- Educar al cuidador en esta serie de medidas de prevención para fomentar tanto su autocuidado con el del paciente a cargo.

3 Metodología

Para realizar la búsqueda bibliográfica se utilizó la bases de datos Pubmed y Scholar Google combinando los siguientes operadores booleanos y palabras claves: (caregiver overload síndrome AND risk factors OR prevention symptoms). Se revisaron los artículos publicados a partir de 2017, así como se usó el filtro de artículos completos (Full Free Text). A continuación, se evaluaron los posibles manuscritos elegibles en función de los siguientes criterios de inclusión: 1) Adultos cuidadores de personas dependientes o con enfermedades que requieran una atención y cuidado especial, 2) análisis y/o descripción de los factores de riesgo y/o prevención del síndrome de sobrecarga del cuidador y 3) artículos publicados a partir de 2017.

4 Resultados

El objetivo del primer estudio incluido en esta revisión fue analizar las principales afectaciones socioeconómicas y psicológicas de los cuidadores principales de ancianos con enfermedad de Alzheimer. Se realizó una intervención de dos años

para comparar las afectaciones antes y después de dicho periodo. La búsqueda de apoyo y la falta de tiempo libre fueron los principales problemas socioeconómicos detectados antes y después de la intervención, sin embargo, la angustia prevaleció antes y después de la intervención. Las acciones educativas permitieron reducir afectaciones socioeconómicas y psicológicas de los cuidadores principales, sin desaparecer el síndrome del cuidador en los participantes. (4) El segundo estudio incluido en esta revisión analizó síndrome del cuidador en la calidad de vida de los cuidadores primarios de niños con discapacidad. Para ello, se utilizaron dos escalas, una para evaluar la sobrecarga (de Zarit) y otra para medir la calidad de vida (Escala GENCAT). Los resultados mostraron que el 28% de los hombres y el 72% de las mujeres presentaban sobrecarga. Con respecto al perfil de calidad de vida de los cuidadores, se observó un estado óptimo en las relaciones interpersonales, con personas que se enfrentan a la misma situación, autodeterminación, defender la idea de que el niño puede introducirse en el ámbito educativo a pesar de las críticas, y al desarrollo personal debido a la adquisición de conocimiento a raíz de esta situación. (5) Por último, el tercer artículo incluido en la revisión describe las experiencias emocionales de los familiares cuidadores de niños con encefalopatía epiléptica de grado muy severo y evalúa la forma en que el cuidado afecta a su calidad de vida percibida. Además, se analizó el impacto social, la carga percibida del cuidador, las experiencias emocionales de los cuidadores y los sentimientos relacionados con el cuidado. Los resultados destacaron que el cuidado de un niño con este tipo de discapacidad está asociado a una gran carga psicosocial y emocional de la familia. Cuidadores señalaron que los aspectos como problemas de salud, trastornos psicológicos y la conducta del niño eran los más difíciles de cuidar. Los cuidadores declararon experimentar sobrecarga de funciones, fatiga física y agotamiento mental, y subrayaron hasta qué punto el cuidado de los niños con SD mermaba su calidad de vida, su vida social y profesional, y era una fuente de carga económica. (6)

5 Discusión-Conclusión

Tratar e identificar aspectos del síndrome de sobrecarga del cuidador es fundamental en la sociedad por su impacto en la salud de estas personas. Analizar los aspectos principales que desarrollan este síndrome y la implementación de programas para reducir los síntomas deben ser fruto de investigaciones para mejorar la calidad de vida de estas personas. Algunas de las limitaciones encontradas son la falta de homogeneidad de los pacientes atendidos por los cuidadores. Las principales conclusiones de esta revisión concuerdan que el síndrome de sobrecarga

del cuidador aparece en la mayoría de estas personas, independientemente de la enfermedad o discapacidad del familiar. Las afectaciones psicológicas, los problemas económicos, el impacto social, la carga percibida, la fatiga física, el agotamiento mental son algunos de los principales factores que aumentan el riesgo de este síndrome. Por lo que es necesario el desarrollo de terapias o programas de atención para los cuidadores.

6 Bibliografía

1. López García EP. Puesta al día: cuidador informal. *Rev Enferm CyL*. 2016; 8 (1): 71-7.
2. Zambrano Cruz R, Ceballos Cardona P. Síndrome de carga del cuidador. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2007; 36 (1): 26-39.
3. Villarejo Aguilar L, Zamora Peña MA, Casado Ponce G. Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. *Enferm Glob*. 2012; 11 (27): 159-65.
4. Pérez Rodríguez, M., Álvarez Gómez, T., Martínez Badaló, E. J., Valdivia Cañizares, S., Borroto 2. Carpio, I., & Pedraza Núñez, H. El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzheimer. *Gaceta Médica Espirituana*. 2017; 19(1), 38-50.
5. Urbano Barragán, M. K., & Lalón Yanza, V. M. Síndrome del cuidador en la calidad de vida de los cuidadores primarios de niños con discapacidad (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo, 2017).
6. Domaradzki J, Walkowiak D. Emotional experiences of family caregivers of children with Dravet syndrome. *Epilepsy Behav*. 2023 May;142:109193. doi: 10.1016/j.yebeh.2023.109193. Epub 2023 Apr 5.

Capítulo 91

ANTICOAGULANTES ORALES Y VITAMINA K

ESTHER GONZÁLEZ NIETO

MARÍA ESTÉVEZ VILLANUEVA

SARA ALVAREZ DIAZ

1 Introducción

Los pacientes anticoagulados han aumentado de manera significativa en los últimos años. En España aproximadamente el 1% de la población se encuentra anticoagulado.

Los anticoagulantes orales dicumarínicos se utilizan desde hace 70 años para la profilaxis y tratamiento de patologías tromboembólicas. Se trata de fármacos antagonistas de la vitamina K (AVK), son el Acenocumarol (Sintrom®) y la Warfarina, en España es más habitual utilizar el primero.

El tratamiento con anticoagulantes orales antagonistas de la vitamina K es complejo por las características farmacodinámicas y el estrecho margen terapéutico que presentan. Por lo tanto, son necesarios controles analíticos frecuentes. El control de los usuarios anticoagulados se realiza desde la consulta de enfermería de Atención Primaria. El parámetro que se valora es el índice internacional normalizado (INR), habitualmente los límites se establecen entre 2 y 3, aunque en el caso de prótesis valvulares los límites son entre 2,5-3,5.

En el caso de no llevar un control adecuado, los AVK son ineficaces y el riesgo de producir complicaciones importantes aumenta.

Existen numerosos factores que influyen en la respuesta al tratamiento con acenocumarol entre los que se encuentran: la edad, el sexo, tabaquismo, ingerir alimentos con vitamina K, peso o ingesta de alcohol, además de las interacciones farmacológicas. Por ello es necesario individualizar la dosis diaria.

2 Objetivos

- Describir las interacciones de los alimentos con vitamina K y el acenocumarol.
- Conocer los márgenes terapéuticos del acenocumarol.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos sobre la literatura científica actual disponible acerca del tema a estudio. Las bases de datos consultadas han sido: PubMed, Medline y Scielo. Se han seleccionado los artículos relacionados con el tema en estudio.

4 Resultados

Los anticoagulantes orales se utilizan desde hace más de 50 años en España para el tratamiento o profilaxis de las patologías tromboembólicas. Se trata de fármacos con un estrecho margen terapéutico que requiere controles periódicos en los que se valoran el INR. Estos controles se realizan de manera general desde las consultas de Enfermería de Atención Primaria, por lo que es fundamental el conocimiento por parte tanto de los profesionales como de los pacientes de los motivos que pueden ocasionar alteraciones en los valores INR.

Existen numerosos motivos para justificar la alteración del INR que en ocasiones se descontrola. Entre estos factores se encuentran la administración de nuevos fármacos como pueden ser los antibióticos, la edad, cambios de peso, tabaquismo y la dieta.

En cuanto a la dieta se encuentra directamente relacionado con la vitamina K. La vitamina K es una vitamina liposoluble que está íntimamente ligada a la coagulación sanguínea. En el caso de los pacientes anticoagulados se aconseja una ingesta diaria de 80-100 microgramos/día, tratando siempre de evitar las fluctuaciones. Por ello es importante hacer hincapié a los pacientes que no existen alimentos prohibidos, sino que deben tratar de evitar realizar cambios bruscos

en la dieta. Los alimentos con más cantidad de vitamina K son: vegetales de hoja verde, té verde, coles o guisantes.

En el caso de realizar una dieta demasiado rica en vitamina K (por encima de 250 microgramos al día) es muy posible que los valores de INR disminuyan, aumentando de esta manera el riesgo de embolismos. Por el contrario, en el caso de dietas pobres en vitamina K el INR aumentará por encima de los márgenes terapéuticos, aumentando de manera considerable el riesgo de hemorragia. Por lo tanto, debemos de tratar de mantener unos niveles de vitamina K constantes dentro de los límites sugeridos.

5 Discusión-Conclusión

La vitamina K juega un papel fundamental en el proceso de coagulación. En el caso de los anticoagulantes orales AVK es importante educar a los pacientes en base a una alimentación equilibrada siguiendo unos patrones constantes que eviten grandes fluctuaciones en los aportes de Vitamina K por medio de la dieta. Para ello, como profesionales debemos conocer los alimentos más ricos en vitamina K y tratar de lograr junto con nuestros pacientes unos valores INR dentro de los márgenes terapéuticos para conseguir una correcta anticoagulación. Debemos tener en cuenta el resto de factores que interfieren en el valor INR no centrarnos de manera exclusiva en la dieta, el abordaje del paciente anticoagulado deber ser de manera global.

6 Bibliografía

1. Cea-Calvo L, Redón J, Lozano JV, et al. Prevalencia de fibrilación auricular en la población española de 60 o más años de edad. Estudio PREV-ICTUS. Rev Esp Cardiol. 2007; 60: 616-24.
2. Alonso R, Figueroa CA, Mainar V, Arribas MP, Sánchez I, Rodríguez R et al. Grado de control del tratamiento anticoagulante oral en los centros de atención primaria de la Comunidad de Madrid: estudio CHRONOS-TAO. Med Clin (Barc) 2015; 145(5):192-7.
3. Navarro JL, Cesar JM, Fernandez MA, Foncuberta J, Reverte JC, Gold-Freixa J. Morbilidad y mortalidad en pacientes con tratamiento anticoagulante oral. Rev Esp Cardiol. 2007; 60:1226-32.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 92

GESTACIÓN SUBROGADA: ARGUMENTOS EN CONTRA Y A FAVOR

SONIA BRICEÑO GARCÍA

LIRIA CHAMORRO RUFO

SANDRA CASTELLANOS CUEVAS

LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA

MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS

1 Introducción

A día de hoy el concepto de familia ha cambiado mucho con respecto a décadas anteriores, se ha producido una modificación de lo que conocíamos como “modelo familiar tradicional”.

En el actual siglo XXI, no existe un modelo familiar prototipo, ya que una familia puede estar configurada por parejas de diversa índole, pudiendo ser parejas heterosexuales, homosexuales, monoparentales y transexuales.

El término familia hace referencia a una gran variedad de relaciones e implica a veces el deseo de una pareja de experimentar todo el proceso de paternidad/maternidad (1–3).

En cierto modo, el querer ser padre/madre es algo mucho más trascendente que tener un hijo, implica una necesidad física y espiritual fruto del deseo de

una persona/s de cuidar de otro ser, velar por su seguridad y bienestar. Además, implica un acto libre, consciente e intransferible (4,5).

Actualmente, es un hecho innegable reconocer que las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA), pueden llegar a ser la única solución existente para tratar de solventar los problemas de fertilidad o de complacer el deseo de paternidad/maternidad de las familias.

Con el paso de los años, han continuado los estudios e investigaciones acerca de las técnicas de reproducción, además, se ha producido un aumento de la demanda de las mismas por parte de la sociedad, debido a la modificación de ciertos factores influyentes a la hora de formar una familia. Dentro de estos factores destacamos: la edad a la que las parejas deciden ser padres o el aumento del consumo de sustancias tóxicas, que pueden influir negativamente en la fertilidad, la modificación del estilo de vida, la priorización de la vida laboral frente a la familiar, la aparición de nuevos modelos de familia, etc. Todas estas circunstancias y en especial, la creación de nuevos modelos familiares ha fomentado especialmente el aumento del consumo de una de estas técnicas de reproducción, la gestación subrogada, tema que abordaremos a continuación (5,6).

La práctica de la gestación subrogada se realiza desde tiempos inmemorables, con la finalidad de ayudar a parejas con imposibilidad para concebir, ofreciéndoles la oportunidad de ser padres biológicos; aunque no fue hasta hace unas décadas, cuando esta práctica comenzó a reconocerse formalmente, registrándose los primeros casos, de la mano del promotor Noel Keane.

Sin embargo, este tema está rodeado de una ambigüedad de cuestiones éticas, legales y morales mucho más relevantes (7,8). Dentro de éstas, destacamos la falta de unanimidad a la hora de definir el concepto de paternidad/maternidad, reconocer o no la legalidad de esta práctica a nivel universal, determinar a quién pertenece la custodia del menor una vez producido el nacimiento de este, entre otras (9); lo cual lleva a que surjan distintos argumentos en contra y a favor de las mismas.

La legalidad y la regulación de la gestación subrogada ha sido y continúa siendo muy controvertida en todo el mundo. Por lo que en función del país en el que nos encontremos la práctica será legal o no (10,11).

De esta forma, podemos encontrar: países en los que existe una amplia permisión para esta práctica como; Ucrania, Rusia, Georgia, India, Israel y EEUU (solo algunos estados), países en los que solo está permitida la gestación altruista como; Canadá, Brasil, Reino Unido, Australia (solo algunos estados) Grecia, Colombia y Portugal, y finalmente, países en los que está prohibido como es el caso de España, Francia, Italia, Alemania y Suiza (10,12).

Por ello, son muchas las parejas que se ven obligadas a viajar a países extranjeros en los que la práctica de dicha técnica es legal, con el objetivo único de poder ser padres. Sin embargo, se plantea el siguiente problema y es que una vez que el bebé nace, al viajar éste al país de procedencia de los padres comitentes, la filiación del recién nacido no es nada fácil en los países en los que esta práctica es ilegal (6,13,14).

En el caso de España, a pesar de existir una legislación vigente que prohíbe esta práctica, la Dirección General de los Registros y del Notario (DGRN), permite la inscripción del menor en el registro civil español, a favor de los padres comitentes, siempre y cuando se cumplan una serie de condiciones (13,15).

En definitiva, el tema abordado es un tanto controvertido, y existe una amplia evidencia que justifica la práctica de gestación subrogada a nivel mundial; es algo que no se puede omitir, que origina graves problemas jurídicos, y que implica múltiples opiniones o puntos de vista dispares los unos de los otros. A pesar de ello, está abordado desde la máxima objetividad, exponiendo los hechos tal y como son, tratando de respetar las distintas apreciaciones al respecto.

2 Objetivos

- Describir en que consiste la gestación subrogada y los distintos tipos que existen.
- Analizar los argumentos a favor y en contra de dicha práctica.

3 Metodología

El trabajo expuesto consta de una revisión sistemática y evaluativa, mediante la cual se pretende analizar la evidencia científica que existe sobre el tema a tratar. Mediante esta revisión bibliográfica, se ha pretendido desarrollar los objetivos descritos anteriormente. Para ello, hemos realizado una búsqueda bibliográfica inicial que nos ha permitido alcanzar una adecuada y correcta fundamentación teórica. A continuación, se ha realizado una lectura, selección y análisis crítico de toda la información recopilada; manejando diferentes bases de datos, como son Google Académico, Dialnet o PubMed. Además, se han utilizado determinadas palabras clave con el objetivo de recopilar la información más relevante y trascendente sobre el tema de estudio.

4 Resultados

La gestación subrogada es una técnica de reproducción asistida en la cual una mujer en edad fértil, mediante un acuerdo previo firmado con el/los padres de intención, gesta un embrión durante todo el proceso de embarazo, para posteriormente entregar al recién nacido, renunciando la mujer gestante a todos los derechos sobre éste cediéndoselos al/los/las comitentes.

Podemos distinguir entre dos tipos de gestación; la tradicional y la gestacional. La principal diferencia que existe entre una y otra, es que, en el primer caso, la mujer gestante además de gestar al embrión también aporta su material genético, siendo por tanto también la madre biológica. En el segundo caso, la mujer gestante únicamente se encarga de gestar al embrión sin aportar su material genético, siendo este aportado por parte del/de los padres comitentes o donantes anónimos, sin existir, por tanto, vínculo genético entre la mujer gestante y el embrión (1,6,16).

En un principio esta práctica se realizó fomentando y ensalzando la figura de una mujer solidaria, conocida como gestación subrogada altruista. Sin embargo, con el paso de los años, esta figura de mujer que actúa con fines altruistas, ha ido deformándose, pues ésta ya no es movida por un principio solidario sino más bien económico. Lo que se busca con esta práctica muchas veces es recibir una remuneración económica por los servicios prestados, práctica conocida como gestación subrogada comercial.

La gestación altruista y la comercial son otra forma de clasificar esta técnica de reproducción, aparte de la mencionada anteriormente (17).

En cuanto a los argumentos en contra y a favor de la gestación subrogada, podemos señalar que los grandes defensores de esta práctica, en primer lugar, postulan que esta técnica potencia la capacidad de la mujer a la hora de tomar una decisión por sí misma, considerándola un ser libre y ensalzando su capacidad de autonomía. Exponen que toda mujer libremente sin ningún tipo de coacción debe de ser capaz de elegir qué hacer con su cuerpo (18,19).

Eso sí, para que este acto sea considerado libre, se necesitará la existencia de un consentimiento informado previo al inicio del proceso firmado por parte de ésta. Este es un documento en el que una persona de manera consciente se compromete a aceptar todas aquellas condiciones y/o prácticas en las que se ve implicado este proceso (4,20).

Siguiendo en esta línea defensiva, algunos autores argumentan que la gestación subrogada puede resultar ser un proceso positivo para la mujer gestante en aquellos casos en los que prima el principio altruista y solidario, en los que la mujer se ve motivada para llevar a cabo este proceso y poder ayudar a una pareja con

incapacidad para concebir a lograr alcanzar su sueño de ser padres (12).

Otros defensores de esta práctica hacen referencia al derecho a la procreación de todo ser humano. Sin embargo, el problema que se presenta al eludir esta defensa es que este derecho no se encuentra directamente reflejado en la CE (Constitución Española), sino que podría ser entendido como una variante del derecho a la libertad, la intimidad personal y familiar (21). Johnston señalaba que la gestación subrogada es un proceso del que se benefician tanto los padres de intención como la mujer gestante, esto es así ya que los padres de intención pueden lograr alcanzar su sueño de ser padres y además la gestante puede ganar dinero con este proceso (desde esta postura, se defiende, por tanto, el tipo de gestación comercial) (20).

Cabe destacar que algunas entidades defensoras de la gestación subrogada son: la Asociación por la GS en España, la Asociación Padres por la GS y la Asociación Son nuestros hijos (36). También es de interés mencionar al Grupo de Ética y Buena Práctica Clínica de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF), el cual no se decanta por una postura unánime, sino que determina unas bases generales ante una posible regularización de esta práctica en el país (21,22).

Por otro lado, los rechazos y críticas más drásticas sobre la práctica de la gestación subrogada se recogen sobre todo en las posturas religiosas y feministas. Así bien, éstos consideran que en el proceso de dicha técnica se utiliza el cuerpo de la mujer como una mercancía y se explota su capacidad reproductora, de tal modo que se utiliza a ésta como un medio para conseguir un fin (19).

Es un hecho incuestionable que toda mujer al quedarse embarazada asume una serie de riesgos derivados de todo este proceso (embarazo, parto y postparto), como la posibilidad de sufrir un aborto, malformaciones en el feto, complicaciones durante el embarazo y el parto, etc. Además, se deben tener en cuenta todas las secuelas físicas y psicológicas que se generan (7). Los cambios físicos varían en función del momento de la gestación. Durante todo el proceso se produce un aumento de peso y deformidad del cuerpo asociado en muchas ocasiones a una pérdida de atractivo físico. Esto puede originar graves depresiones en la mujer que hagan que no se encuentre a gusto con su cuerpo, sintiendo rechazo hacia sí misma. Respecto a los cambios psicológicos deben destacarse: alteraciones en el estado de ánimo, labilidad emocional (respuestas emocionales desmesuradas a la situación), ansiedad, preocupaciones continuas por saber si todo está marchando correctamente, etc. (17).

Otro aspecto importante durante el proceso de embarazo, es la creación del vínculo materno-filial. En la etapa prenatal, el feto comienza un proceso de aprendizaje y es capaz de reconocer olores, sonidos, voces, etc. El problema que se

plantea en la gestación subrogada es que, este proceso de aprendizaje se ve interrumpido al separar al recién nacido de la mujer gestante, de modo que todo lo aprendido no podrá tener efecto a largo plazo. También, durante este proceso se establece una relación de apego entre el niño y la gestante, que de igual modo se romperá al entregar a éste a los padres de intención (23,24).

En contraposición con autores a favor, Guerra Palmero defiende que esta práctica atenta contra el principio de autonomía y libertad de la gestante. Esta autora argumenta que para que verdaderamente se cumpla y respete la autonomía de la gestante, ésta debe ser custodiada durante todo el proceso e incluso una vez producido el nacimiento del bebé. De modo que exista la posibilidad de arrepentimiento por parte de la gestante, a pesar de que previamente ésta haya firmado el consentimiento informado. A su vez todo esto plantea otro problema, y es que, si la mujer gestante tuviera la posibilidad de arrepentimiento, no se respetaría la decisión de los padres comitentes, y se ratificaría que la gestación es un proceso de compra y venta de bebés (18).

Los alicientes económicos que se ofrecen a las mujeres gestantes especialmente en el tipo de gestación comercial, en la mayoría de las ocasiones hacen que se limite la libertad de la mujer, ya que no es un acto que se realice libremente sino por necesidad económica o por vivir en un modelo patriarcal en el que el cabeza de familia es el varón el cual manda sobre la mujer, lo que a su vez genera que se produzca una explotación hacia las mujeres con pocos recursos. Generalmente, las mujeres que se ven implicadas en este tipo de procesos son las que pertenecen a clases sociales más desfavorecidas y viven en países subdesarrollados (12,18).

La Convención sobre los Derechos del Niño, argumenta que todo menor tiene derecho a ser protegido frente a los abusos y la explotación. Por ello se declara en contra de esta práctica, ya que esta técnica de reproducción, contribuye a que a los niños se les trate como un producto de compra y venta, además de que se produce una manipulación de su identidad y se les priva de la oportunidad de continuar con la relación prenatal establecida con aquella persona gracias a la cual forma parte de este mundo. Todo ello afecta y repercute negativamente en el desarrollo y bienestar del menor (4).

Por su parte, el Código Civil Español en sus artículos 1305 y 1306, declara la nulidad de cualquier contrato de gestación subrogada, así como todo lo que se haya establecido en el mismo (25). También, el Convenio de Medicina, en el artículo 25 determina que ni el cuerpo humano ni ninguna de sus partes podrán ser utilizadas como objeto, por ello, el útero de una mujer no podrá ser utilizado como un objeto y pagar un precio por este para alquilarlo (26).

Como asociaciones en contra de esta práctica, caben destacar: la Plataforma “No

somos vasijas” y la Red Estatal contra el alquiler de vientres (27).

5 Discusión-Conclusión

La gran variedad de autores que aluden al tema de la gestación subrogada y las diferentes cuestiones éticas, legales y morales que se ven implicadas en la práctica de este tipo de técnica de reproducción hacen que existan varias definiciones, términos o clasificaciones al referirnos a ésta.

Analizando la situación global de esta técnica de reproducción en el mundo y sus posturas a favor y en contra, podríamos concluir que en general, existe una mayor predisposición para la ilegalidad total de esta práctica frente a una amplia permisión de su uso.

Independientemente de la permisión o no de la gestación subrogada en un país, es importante tener en cuenta que, en este proceso siempre se ve implicada la figura del menor, el cual libremente no decide formar parte de este suceso y, sin embargo, se ve implicado en un conflicto de intereses por parte de la mujer gestante y el/la/los/las comitentes, en el que entran en juego los derechos y deberes de cada uno de ellos. Por ello, es importante que en todo momento se respete y actúe siempre a favor del interés superior del menor.

Por esta razón, es importante que las entidades jurídicas hagan frente a esta realidad actuando de tal forma que se respeten los derechos e intereses de todas las personas implicadas, estableciendo una legislación internacional, en la que existan unas normas y leyes comunes y uniformes para diferentes estados, con el fin último de velar siempre por el menor.

6 Bibliografía

- 1.Lamm E. Gestación por sustitución. Barcelona. Publicacions i edicions de la Universitat de Barcelona. 2013.
- 2.Lamm E. Gestación por sustitución. Realidad y Derecho. InDret. 2012;49.
- 3.Ruiz-robledillo N, Moya-albiol L. Gestacional surrogacy: Psychosocial aspects. Psychosoc Interv [Internet]. 2016;25(3):187–93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2016.05.001>
- 4.Velázquez L. Algunos aspectos acerca del consentimiento informado en la gestación subrogada. Dilemata, ISSN-e 1989-7022, No 26, 2018, págs 15-25 [Internet]. 2018;(26):15–25. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278530>

- 5.Winston RML. The 40th anniversary of human IVF: Time to celebrate and time to reflect. Vol. 156, Reproduction. 2018: E1–3.
- 6.González Gerpe D. Gestación subrogada: aspectos psico-sociales. Dilemata. 2017;(26):27-37.
- 7.Guerrera Palmero MJ. Contra la mercantilización de los cuerpos de las mujeres. La “gestación subrogada” como nuevo negocio transnacional. Dilemata, ISSN-e 1989-7022, No 26, 2018, págs 39-51 [Internet]. 2018;(26):39–51. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278543>
- 8.Mahajan T. (Mis)regulation – the case of commercial surrogacy. Indian Journal of Medical Ethics. 2015;12(1):38–41.
- 9.Mitra P. Invisible women in reproductive technologies: Critical reflections. Indian Journal of Medical Ethics. 2018;3(2):113–119.
- 10.Conde Martín LJ. Gestación por sustitución, visión del panorama actual. Elsa. 2017:128–141.
- 11.Luetkemeyer L, West K. Paternity Law : Sperm Donors, Surrogate Mothers and Child Custody. Medical-legal. 2015:162-165.
- 12.García Rubio MP. Maternidad subrogada : dilemas éticos y aproximación a sus respuestas jurídicas. Anales de la Cátedra Francisco Suárez. 2018;(52):67–89.
- 13.González Martín N, Albornoz MM. Aspectos transfronterizos de la gestación por sustitución. Anu Mex Derecho Int. 2017;1(16):159-187.
- 14.Garibo Peyró AP. El interés superior del menor en los supuestos de maternidad subrogada Cuadernos de Bioética XXVIII [Internet]. 2017;245–60. Available from: <http://aebioetica.org/revistas/2017/28/93/245.pdf>
- 15.Bellver Capella V. Taking altruistic surrogacy seriously. Cuadernos de Bioética XXVIII. 2017;229–244.
- 16.Fernández Muñoz PI. Gestación subrogada, ¿cuestión de derechos? Dilemata, ISSN-e 1989-7022, No 26, 2018, págs 27-37 [Internet]. 2018;(26):27–37. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278536>
- 17.Bascuña Garde M. Gestación subrogada : Aspectos emocionales y psicológicos en la mujer gestante. 2018;(28):41-49.
- 18.Ortega Lozano R, Álvarez Díaz JA, Herreros Ruiz B, Sánchez González MA. Gestación subrogada: aspectos éticos. Dilemata. 2018;(28):67-89.
- 19.Salazar Benítez O. La gestación por sustitución desde una perspectiva jurídica: algunas reflexiones sobre el conflicto entre deseos y derechos. Revista de Derecho Político. 2017;(99):79–121.
- 20.López Guzmán J. Economic dimension of surrogacy maternity (rooms for rent). Cuadernos de Bioética XXVIII [Internet]. 2014;21(2):199–218. Available from: <http://aebioetica.org/revistas/2017/28/93/199.pdf>

- 21.Sánchez FA. Gestación por sustitución: dificultades para mantener la prohibición en España. *Reds.* 2016;(9):60–77.
- 22.Olza I. Los aspectos médicos de la gestación subrogada desde una perspectiva de salud mental , holística y feminista. *Dilemata.* 2018;28:1-12.
- 23.Albert M. La explotación reproductiva de mujeres y el mito de la subrogación altruista: Una mirada global al fenómeno de la gestación por sustitución. *Cuadernos Bioética XXVIII* [Internet]. 2017;177–98. Available from: <http://aebioetica.org/revistas/2017/28/93/177.pdf>
- 24.Agnafors M. The harm argument against surrogacy revisited: two versions not forget. 2014:357-363.
- 25.Torán AN. Gestación por sustitución en España. Estudio doctrinal y reciente jurisprudencia. 2015.
- 26.Emaldi Cirión A. Implicaciones éticas y jurídicas de la maternidad subrogada. Aproximación a una visión europea. *Comité de Ética de Investigación. España.*2017;23(2):227–235.
- 27.Marrades Puig A. La gestación subrogada en el marco de la Constitución Española: una cuestion de derechos. *Estudios de Deusto.* 2017;65(1):219-241.

Capítulo 93

ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

RICARDO MORALES RUIZ

BEATRIZ OEO DELGADO

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

SARA DÍAZ ÍÑIGO

1 Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) constituyen un problema de salud pública a nivel global que afecta a personas de distintas edades, razas y estratos socioeconómicos. Se estima que anualmente se presentan más de 376 millones de nuevas infecciones por ETS, lo que plantea un desafío considerable para la salud pública y la atención médica a nivel mundial.

Las ETS son infecciones que se transmiten de persona a persona durante las relaciones sexuales, ya sean vaginales, anales u orales. Estas enfermedades pueden manifestarse de diversas maneras, desde síntomas leves hasta graves, y pueden afectar diferentes áreas del cuerpo, incluyendo los genitales, la boca, el ano, la piel y los ojos. Algunas de las ETS más comunes son la clamidia, la gonorrea, la sífilis, el VIH, el herpes genital y el virus del papiloma humano (VPH).

La prevención y el tratamiento adecuado de las ETS son cruciales para evitar complicaciones graves en la salud, como la infertilidad, el cáncer, el daño neurológico y la muerte. Asimismo, las ETS pueden afectar el bienestar emocional y psicológico de los pacientes, impactando su autoestima, su calidad de vida y sus relaciones interpersonales.

Por consiguiente, es fundamental que los profesionales de enfermería estén preparados para brindar una atención integral a los pacientes afectados por ETS. Esto implica ofrecer educación y prevención sobre las ETS, realizar pruebas de detección, administrar tratamiento adecuado y llevar a cabo un seguimiento periódico de los pacientes. Además, es esencial que los pacientes que padecen ETS reciban apoyo emocional y psicológico a lo largo de todo el proceso de tratamiento y recuperación.

2 Objetivos

Destacar la importancia de los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Proporcionar información relevante sobre la atención de enfermería en este ámbito.

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre el protocolo de cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades de transmisión sexual, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se consultaron diversas fuentes relacionadas con el tema, tales como sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas, como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

La atención de enfermería es fundamental para prevenir y tratar las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en los pacientes. Para ello, es necesario que los profesionales de enfermería estén capacitados para brindar una atención integral y personalizada a los pacientes afectados por estas enfermedades.

En primer lugar, la educación y la prevención son esenciales para reducir la incidencia de las ETS y evitar complicaciones graves en la salud. Los profesionales de

enfermería deben proporcionar información clara y precisa sobre las formas de transmisión, los síntomas, las pruebas de detección y las opciones de tratamiento de las ETS. Asimismo, deben fomentar prácticas sexuales seguras, como el uso adecuado y consistente del preservativo, la abstinencia temporal o la reducción del número de parejas sexuales, y la vacunación contra el VPH.

En segundo lugar, la valoración y seguimiento de los síntomas son clave para diagnosticar y tratar adecuadamente las ETS. Los profesionales de enfermería deben llevar a cabo una evaluación cuidadosa de los síntomas y antecedentes médicos de los pacientes, para determinar la presencia o no de ETS. Asimismo, deben realizar pruebas de detección y llevar a cabo un seguimiento periódico de los pacientes para evaluar la efectividad del tratamiento y detectar posibles complicaciones.

En tercer lugar, la administración de tratamiento adecuado es esencial para erradicar la infección y prevenir su transmisión a otras personas. Los pacientes deben recibir un tratamiento individualizado y supervisión adecuada para asegurar la efectividad del tratamiento y evitar la aparición de resistencias. Además, es importante que los pacientes reciban información sobre el uso adecuado de los medicamentos y las posibles interacciones con otros fármacos.

En cuarto lugar, la promoción de hábitos de vida saludables es fundamental para prevenir las ETS y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Los profesionales de enfermería deben fomentar hábitos saludables, como el ejercicio regular, una dieta equilibrada y el abandono del consumo de tabaco y alcohol. Asimismo, deben brindar información sobre los beneficios de la detección temprana y el tratamiento adecuado de las ETS para prevenir complicaciones graves en la salud. Por último, es crucial que los pacientes con ETS reciban apoyo emocional y psicológico durante todo el proceso de tratamiento y recuperación. Los pacientes pueden sentirse estigmatizados y marginados debido a su diagnóstico, lo que puede afectar su autoestima y su calidad de vida. Los profesionales de enfermería deben ser sensibles a estas preocupaciones y brindar un ambiente de apoyo y comprensión para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, los cuidados de enfermería en pacientes con ETS son vitales para reducir la incidencia y el impacto de estas enfermedades en la salud pública. Los profesionales de enfermería deben brindar una atención integral y personalizada a los pacientes, promoviendo la educación, la prevención y los hábitos saludables, y ofreciendo apoyo emocional y psicológico durante todo el proceso de

tratamiento y recuperación. La atención de enfermería debe enfocarse en el paciente como un ser humano completo, no solo en la enfermedad en sí misma, para garantizar una atención de calidad y una mejor calidad de vida para los pacientes con ETS.

6 Bibliografía

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). Enfermedades de transmisión sexual (ETS). Recuperado el 14 de mayo de 2023, de <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nuevoCoronavirus/home.htm>

Asociación Española para la Investigación y Prevención del Sida. (2020). Enfermedades de transmisión sexual. Recuperado el 14 de mayo de 2023, de <https://www.aeids.com/enfermedades-de-transmision-sexual/>

Capítulo 94

ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES QUE PADECEN ANSIEDAD ANTES DE UNA OPERACIÓN

RICARDO MORALES RUIZ

BEATRIZ OEO DELGADO

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

SARA DÍAZ ÍÑIGO

1 Introducción

El ser humano es un ser holístico el cual necesita una atención biopsicosocioespiritual el cual necesita un equilibrio para alcanzar su bienestar. Es por este motivo, cuando el individuo se ve sometido a situaciones de estrés lo percibe como amenaza y comienza a generar situaciones de estrés.

Son numerosos los estudios que exponen que es imposible quitar la ansiedad ante una operación quirúrgica, dado que el ambiente quirúrgico, la hospitalización desencadenan miedo, nervios, inseguridades y sobre todo ansiedad, pudiendo generar una recuperación lenta.

Bien es sabido que la ansiedad está formada por una respuesta adaptativa innata en el ser humano que se genera tras la combinación de manifestaciones tanto físicas como emocionales y no siempre generadas por un motivo.

La ansiedad pre-quirúrgica está condicionada por la intensidad y el tiempo de evolución, siendo la anestesia lo que más suele preocupar.

Es por este motivo que se considera fundamental la entrevista pre-anestésica previa para explicar bien el procedimiento y poder utilizar tanto las medidas farmacológicas como las no farmacológicas para su correcta preparación.

Diversos estudios exponen que estos niveles de ansiedad ante una intervención quirúrgica disminuye en los pacientes en los que ya se han sometido a intervenciones quirúrgicas previas en algún momento de su vida.

2 Objetivos

Abordar por parte del personal enfermero la ansiedad del paciente que se va a someter a una operación quirúrgica.

3 Caso clínico

MOTIVO DE INGRESO

Cirugía programada.

ANTECEDENTES MÉDICO.

No RAM. No HTA. No DM . No DLP. NO fumador, No hábito enólico ni hábitos tóxicos.

Tratamiento Crónico: ATORVASTATINA 20 MG- 0-0-1/ HIDROFEROL (Calcifediol) 0,266mg.

HISTORIA ACTUAL

Paciente mujer de 67 años que ingresa para cirugía programada de hemorroidectomía.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

CyO, BEG. Afebril.

Constantes en la espera de camas:

Tª: 36,7°C

TA: 14/9mmHg

FC: 135 lpm

SatO2: 100%

FR: 19rpm

Glucemia: 89

Constantes al iniciar la intervención:

Tª: 36,7°C

TA: 10/6mmHg

FC: 115 lpm

SatO2: 100%

FR: 14rpm

Glucemia: 89

RESUMEN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

No precisa.

EVOLUCIÓN Y COMENTARIO

Mala tolerancia dolor e incapacidad para las ABVD. Estreñimiento.

EVA 7 desde hace más de 6 meses.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

HEMORROIDES INTERNAS GRADO IV, HEMORROIDECTOMÍA.

PROCEDIMIENTOS

Hemorroidectomía de 2 paquetes.

Protocolo qx: posición Litotomía. Técnica: Se objetiva prolapso hemorroidal completo con cambios tróficos en la piel y sangrado al roce de los dos paquetes posteriores. Se realiza hemorroidectomía del paquete posterior izquierdo y derecho respetando esfínter anal interno mediante ligasure. Recisión de hemostasia. Biopsia: si. Transfusión: no. Incidencias: conteo de material y gases correcto.

TRATAMIENTO

Su tto habitual igual.

Higiene y curas de la herida diarias.

Para el dolor Zaldiar 1 comp/8h. Si más dolor alternar con Nolotil 575mg 1 comp/8h.

Evitar estreñimiento tomando mucha agua y fibra (fruta, verduras). Asociar Plantaben 1/8h.

Metronidazol 250mg 2 comp(8h durante 10 días.

OTRAS RECOMENDACIONES

Acudir a consulta de Proctología dentro de 10 días.

MOTIVO DE ALTA

Domicilio.

2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA (PATRONES FUNCIONALES M. GORDON)

En esta primera parte del proceso de atención de enfermería ha sido llevado a cabo siguiendo el modelo de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon cuando nos encontramos en la espera de camas preoperatorias de cirugía programada del Hospital Virgen de la Arrixaca. (Gordon, 2006).

1- Patrón percepción de la salud- manejo de salud

- Mujer, 67 años. Debido a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, protegido por el artículo

18.4 de la Constitución Española, no expondremos más datos personales de la paciente.

- Motivo de la intervención: hemorroides internas grado IV

- No AMC

- No RAM

- No hábito tóxicos

- No hábitos enólicos

- Tto crónico: atorvastatina 20mg/ hidroferol 0,266mg.

- Buena forma de comunicación

2- Patrón nutricional- metabólico

- Buen aspecto de la piel.

- Buena temperatura (36,7°C)

- No alergias alimentarias.

- Refiere beber un poco mas de 1litro de agua al día e ingerir alimentos con mucha fibra para evitar el estreñimiento.

- Buen estado de la boca. No presenta prótesis dentarias.

- Vía periférica 16G mano derecha y 18G mano izquierda, administración de medicación para la anestesia y analgesia postoperatoria vía intravenosa.

3- Patrón eliminación

- Orina 4-5 veces al día con un aspecto de la orina amarillo clarito.

- Dolor a la defecación.

- Sangrado en la defecación

- Estreñimiento

4- Patrón actividad-ejercicio

- Deambula con dolor por el roce de los paquetes posteriores.

- Incapacidad para las ABVD

- BEG

- Constantes vitales:

TA: 14/9mmHg

FC: 135 lpm

SatO2: 100%

FR: 19rpm

Glucemia: 89

5- Patrón sueño- descanso

- La paciente nos dice que durmiendo o tumbada de lado es como mejor se encuentra, por lo que a día de hoy descansa bien.

6- Patrón cognitivo-perceptual

- Cognitivo conservado

- EVA 7/10
- 7- Patrón autopercepción-auto concepto
 - Muy nerviosa por la operación y a la vez aliviada puesto que le van a quitar su dolor.
- 8- Patrón rol-relaciones
 - Divorciada.
 - Vive sola.
 - Tienes dos hijas y nietos que la visitan asiduamente.
 - Hace 6 meses que sólo sale a comprar por el dolor.
 - Relaciones sociales inexistentes fuera de casa puesto que por el dolor no se encuentra cómoda.
- 9- Patrón sexual-reproductivo.
 - Menopausia desde los 58 años.
 - Dos embarazos, a los 22 y a los 25, ambos por cesárea.
- 10- Patrón adaptación-tolerancia al estrés
 - Manifiesta que antes iba a yoga, pero que ahora que no puede apenas caminar se pone videos de YouTube de meditación para relajarse antes de dormir.
 - Refiere que no suele tener problemas de nervios, sólo en situaciones importantes como son problemas familiares, médicos... etc.
- 11- Patrón valores-creencias
 - Católica y practicante.
 - Ve misa los domingos por la mañana en la televisión.

4 Discusión-Conclusión

Es fundamental tener en cuenta que una intervención quirúrgica supone un motivo de nerviosismo para el paciente, puesto que aunque este esté informado del procedimiento, posibles riesgos y haya dado su consentimiento, siempre le aparecerán dudas dado a su desconocimiento. Este nerviosismo puede generar ansiedad y dificultar la recuperación de este. (Redrado y Malla, 2021)

En estudios realizados se muestra como el 86% de los pacientes sufren ansiedad pre quirúrgica aumentando los estresores percibidos por el paciente. Este aumento de los estresores se verbalizan por parte de los pacientes a través de nerviosismo, llanto, miedo, temblor y en la gran mayoría de los casos con un aumento del dolor. El aumento en la percepción del umbral del dolor, hace que la esfera biopsicosocial de los pacientes se vean alteradas. (Arcela Marcelo y Espiritu Soto, 2023)

Con la entrevista perioperatoria (ese primer contacto inicial que tenemos con el paciente) establecemos una atención personalizada y humanizada, se utilizan herramientas tales como escucha activa, apoyo emocional e incluso administración de medicación, para que el nivel de ansiedad disminuya y se ha observado, cómo disminuyendo la ansiedad la percepción de dolor disminuye, por lo que estaríamos resolviendo o mejorando DxE (00133) Dolor Crónico r/c agentes lesivos m/p expresión facial de dolor.

Cómo plantea diversos estudios, una autonomía personal satisfactoria está íntimamente ligado con un favorable estado de ánimo. El hecho de existir una limitación física, ya sea por discapacidad o incluso por dolor hace que el estado de ánimo se vea mermado y con ello las relaciones sociales. (Sevilla Sanchez, 2017) Con respecto a lo mencionado anteriormente, si mejoramos el nivel de ansiedad, su percepción de dolor se verá disminuido, al disminuir este su estado físico irá en mejoría y el resultado positivo de esto sería que se ve mejorada sus relaciones interpersonales.

Actualmente, las investigaciones sugieren que la ansiedad empeora las relaciones sociales empeorando la percepción de la salud, por lo que si nos encargamos de proporcionar herramientas que mejoren la ansiedad de nuestros pacientes, estos irán percibiendo las relaciones interpersonales como estímulos positivos proporcionando un gran y beneficioso impacto emocional, por lo que DxE (00052) Deterioro de la interacción social r/c deterioro de la movilidad física m/p informa de implicación social insatisfactoria, se vería resuelto. (Rondón García et al, 2018) Asimismo, se ve resuelto simultáneamente el DxE (00298) Disminución de la tolerancia a la actividad r/c dolor m/p malestar por esfuerzo, el manejo y la disminución de la ansiedad mejorará la percepción del dolor del paciente, que a su vez mejorará de forma progresiva y paulatina su implicación y tolerancia a la actividad. (Rondón García et al, 2018)

5 Bibliografía

- Arcela Marcelo, K. B., & Espíritu Soto, S. L. (2020). Efectividad de la visita preoperatoria de enfermería para disminuir ansiedad de pacientes quirúrgicos.
- Blanco Mamani, K. (2019). Cuidados de enfermería en la aplicación del pasaporte quirúrgico en el periodo preoperatorio en pacientes
- Bonilla, A., & Fiorella, A. (2021). Tendencias sobre la ansiedad en los pacientes quirúrgicos.

Capítulo 95

ENFERMERÍA EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL DE PACIENTE CRÍTICO

RICARDO MORALES RUIZ

BEATRIZ OEO DELGADO

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

SARA DÍAZ ÍÑIGO

1 Introducción

La intubación endotraqueal es un procedimiento donde se coloca una sonda a través de la boca en situaciones de urgencia.

Esta técnica se realiza para asegurar la vía aérea y administrar oxígeno, medicación y anestesia; apoyar la respiración en determinadas enfermedades como neumonía, insuficiencia cardíaca, enfisema, etc; eliminar bloqueos de la vía respiratoria; proteger los pulmones de riesgo de aspiración, entre otros.

Dentro de los riesgos que puede sufrir el paciente con esta técnica están el traumatismo de las cuerdas vocales, laringe, tráquea, tiroides o esófago, sangrado, infección y perforación de partes blandas de la caja torácica, ocasionado un colapso pulmonar.

El profesional que realiza este procedimiento es el médico, contando en todo momento con la asistencia del profesional de Enfermería.

El profesional de Enfermería debe conocer la técnica y los materiales que se emplean en la misma, contribuyendo con su buen hacer a que el procedimiento se desarrolle sin altercados y complicaciones, prestando en todo momento asistencia y adelantándose a los acontecimientos para que el médico tenga margen de actuación en esta complicada y exhaustiva técnica, puesto que la pérdida de segundos puede desencadenar resultados nefastos en el paciente, pudiendo llevarle incluso a la muerte.

Por ello, Enfermería debe contar con los conocimientos necesarios para que la asistencia en la intubación endotraqueal sea la mejor posible.

2 Objetivos

Analizar la asistencia que debe prestar el profesional de Enfermería en la asistencia en la intubación endotraqueal, así como la importancia que tiene su labor en este procedimiento.

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 utilizadas han sido: enfermería, intubación endotraqueal, asistencia, técnica, procedimiento.

Las publicaciones científicas llevadas a revisión quedan reflejadas en la bibliografía.

4 Resultados

La intubación endotraqueal es el procedimiento de elección para aislar definitivamente la vía respiratoria, colocando para ello un tubo en el interior de la tráquea para garantizar la ventilación del paciente.

Este procedimiento permite administrar oxígeno a alta concentración, además de poder realizar aspiración de la tráquea y administrar medicación.

Dentro del material que Enfermería debe preparar para este procedimiento está: tubos endotraqueales y cánulas orofaríngeas de distintas medidas, fonendoscopio, pinzas de magill, guantes, lubricante, jeringa de 10 ml, venda, tijera, aspi-

rador, fiador semirrígido, filtro antibacteriana, fuente de oxígeno, bolsas de ventilación con reservorio y mascarillas de diferentes tamaños.

El profesional de Enfermería prestará en todo momento soporte al profesional médico facilitándole el material necesario y ayudando en la fijación del tubo endotraqueal.

Enfermería debe preparar la técnica, extendiendo el paño estéril y colocando todo el material sobre él, comprobar todo el material, en especial que el balón de neumotaponamiento y el laringoscopio funcione correctamente.

Posteriormente, debe situar al paciente en decúbito supino con el cuello en hiperextensión para que el médico se sitúe detrás de la cabeza y pueda realizar la técnica adecuadamente.

Enfermería deberá comprobar que el paciente no lleve prótesis en la boca y, en su caso, proceder a su retirada.

Una vez el tubo está insertado, Enfermería debe comprobar su correcta colocación a través de una auscultación epigástrica y de ambos campos pulmonares. Tras la intubación, Enfermería deberá ventilar y oxigenar al paciente con cánula, mascarilla y bolsa de reanimación con reservorio conectado a fuente de oxígeno. Tras la intubación, Enfermería debe prestar unos cuidados específicos encaminados al mayor confort del paciente y a evitar posibles complicaciones, siendo la neumonía nosocomial la principal complicación que se deriva de este procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

La intubación endotraqueal es la técnica que se emplea para introducir un tubo a través de la boca hasta llegar a la tráquea para poder ventilar al paciente, administrar medicación y salvaguardar la vía respiratoria.

La asistencia que debe prestar el profesional de Enfermería en este procediendo es fundamental para que la técnica se desarrolle en perfecto estado y se minimicen los posibles efectos adversos y contratiempos, además de colaborar en que el tiempo que se utilice sea el mínimo, puesto que la pérdida de minutos puede acarrear consecuencias muy negativas en el paciente, siendo la más grave de ellas la muerte.

6 Bibliografía

- Artigas, M. O. (2012). La intubación endotraqueal. Medicina intensiva, 39, 1-8.

- Canales Ramos, A. N. (2022). Conocimiento y prácticas del mantenimiento de la intubación endotraqueal en el personal de enfermería del área de unidad de cuidados intensivos de los hospitales de la Diresa Lima, 2022.
- Moros, T. L., Crespo, L. R., Acín, I. A., Campagna, R. C., Jiménez, M. M. E., & Molero, R. I. (2021). Revisión bibliográfica sobre intubación endotraqueal, complicaciones y papel del equipo de enfermería. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(4), 46.
- Olvera, S. I. N., Castro, J. A. P., Trujillo, J. A., Arreola, M. S., Reyes, O. A. O., & Gómez, J. M. (2015). Cumplimiento de los cuidados de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. *Revista CONAMED*, 20(S1), S7-S15.

Capítulo 96

ABORDAJE TERAPÉUTICO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DOLOR ONCOLÓGICO

MARIA RUIZ HOLGADO

ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS

AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN

ANDREA MURCIA VILLALBA

SARA BASCUÑANA NIETO

1 Introducción

El abordaje terapéutico y los cuidados de enfermería en pacientes con dolor oncológico desempeñan un papel crucial en la mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas que luchan contra el cáncer. El dolor oncológico, un síntoma común en pacientes con cáncer, puede ser física y emocionalmente debilitante, afectando tanto la función física como el estado psicológico del paciente. Este tipo de dolor puede derivar de la enfermedad en sí misma, así como de los tratamientos utilizados para combatirla, lo que lo convierte en un desafío multifacético para los profesionales de la salud, en particular para los enfermeros.

La naturaleza compleja del dolor oncológico requiere un enfoque integral que aborde no solo la gestión del dolor en sí, sino también la atención emocional y psicológica del paciente. Los profesionales de enfermería desempeñan un papel esencial en este abordaje, ya que están en la primera línea de cuidado y tienen una relación cercana y continuada con los pacientes. Su papel abarca desde la evaluación inicial del dolor y la implementación de estrategias de manejo adecuadas, hasta el seguimiento constante de la respuesta del paciente al tratamiento y la adaptación de las intervenciones según sea necesario.

En esta introducción, exploraremos los diversos aspectos del abordaje terapéutico y los cuidados de enfermería en pacientes con dolor oncológico. Discutiremos los enfoques farmacológicos y no farmacológicos para el manejo del dolor, la importancia de la comunicación empática y efectiva en la relación enfermero-paciente, así como la relevancia de considerar las dimensiones emocionales y sociales del paciente mientras se proporciona atención. Además, examinaremos cómo la educación del paciente y la colaboración interdisciplinaria son componentes fundamentales en la optimización de la atención a personas que enfrentan el desafío del dolor oncológico. En última instancia, el objetivo primordial es mejorar la calidad de vida de estos pacientes al abordar de manera integral su dolor y necesidades físicas, emocionales y psicológicas.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los cuidados de enfermería en el paciente oncológico.

3 Metodología

Para la elaboración y el desarrollo del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y Scopus, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El abordaje terapéutico y los cuidados de enfermería en pacientes con dolor oncológico son fundamentales para mejorar la calidad de vida y el bienestar de

estos pacientes. El dolor oncológico es un síntoma común en personas que padecen cáncer y puede ser causado por la enfermedad en sí, los tratamientos contra el cáncer o ambas cosas. Aquí te proporciono información sobre el abordaje terapéutico y los cuidados de enfermería en estos casos:

1. **Evaluación del Dolor:** Es esencial realizar una evaluación exhaustiva del dolor para comprender su intensidad, duración, ubicación, tipo y factores desencadenantes. Esto ayudará a planificar un enfoque terapéutico adecuado.
2. **Plan de Tratamiento Multimodal:** El tratamiento del dolor oncológico generalmente se basa en un enfoque multimodal que incluye medicamentos analgésicos, terapias no farmacológicas y enfoques psicológicos. La combinación de estos métodos puede brindar un alivio efectivo.
3. **Medicamentos:** Los medicamentos para el dolor oncológico pueden incluir analgésicos opiáceos, analgésicos no opiáceos, adyuvantes (como antidepresivos y anticonvulsivantes) y medicamentos para el control de los efectos secundarios.
4. **Terapias No Farmacológicas:** Estas terapias incluyen la terapia física, terapia ocupacional, fisioterapia, terapia de masajes, acupuntura y técnicas de relajación. Estas pueden ayudar a reducir el dolor y mejorar la calidad de vida.
5. **Apoyo Psicológico:** El dolor oncológico puede tener un impacto significativo en la salud mental. Ofrecer apoyo psicológico, terapia de conversación y técnicas de manejo del estrés puede ser fundamental para afrontar el dolor y sus implicaciones emocionales.

En cuanto a los cuidados de enfermería:

1. **Educación del Paciente:** Proporcionar información detallada al paciente sobre su dolor, el tratamiento y las opciones disponibles. Esto empodera al paciente y lo ayuda a tomar decisiones informadas.
2. **Monitorización del Dolor:** Los enfermeros deben llevar un registro constante de la intensidad del dolor, la eficacia de los tratamientos y cualquier efecto secundario. Esto permite ajustar el plan de cuidados según sea necesario.
3. **Administración de Medicamentos:** Los enfermeros son responsables de administrar los medicamentos según las indicaciones médicas y evaluar su efectividad y posibles efectos adversos.
4. **Apoyo Emocional:** Proporcionar un ambiente de apoyo y comprensión, y estar

disponible para escuchar las preocupaciones y necesidades del paciente.

5. Coordinación con el Equipo de Atención: Los enfermeros deben trabajar en estrecha colaboración con el equipo médico y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada.

6. Promoción del Autocuidado: Enseñar a los pacientes técnicas de autocuidado, como ejercicios de respiración, relajación y métodos para administrar el dolor en el hogar.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el abordaje terapéutico y los cuidados de enfermería desempeñan un papel crucial en el manejo integral del paciente con dolor oncológico. El dolor en el contexto del cáncer puede ser debilitante física y emocionalmente, afectando la calidad de vida y el bienestar general del paciente. El enfoque terapéutico debe ser multidisciplinario, incorporando no solo estrategias farmacológicas efectivas, sino también intervenciones psicosociales y complementarias que aborden tanto los aspectos físicos como emocionales del dolor.

Capítulo 97

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LITIASIS VESICULAR

MARIA RUIZ HOLGADO

ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS

AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN

ANDREA MURCIA VILLALBA

SARA BASCUÑANA NIETO

1 Introducción

La litiasis vesicular, comúnmente conocida como cálculos o piedras en la vesícula, es una afección que afecta al sistema biliar y puede generar síntomas dolorosos y complicaciones potencialmente graves. En este contexto, la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) desempeña un papel fundamental en la gestión integral de los pacientes con litiasis vesicular. El PAE es un enfoque sistemático que guía a los profesionales de enfermería en la identificación, análisis y resolución de los problemas de salud de los pacientes.

En esta propuesta de atención, cada etapa del proceso: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación adquiere una relevancia crucial para brindar un cuidado holístico y personalizado a los pacientes con litiasis vesicular. La valoración minuciosa permite comprender la historia clínica, los síntomas

presentes, los factores de riesgo y las necesidades específicas del paciente. Con esta información, se establece un diagnóstico de enfermería preciso, que servirá como base para la planificación de intervenciones individualizadas que alivien el dolor, controlen los síntomas y prevengan posibles complicaciones.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el proceso de atención de enfermería en la litiasis vesical

3 Metodología

Para la elaboración y el desarrollo del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y Scopus, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El proceso de atención de enfermería es una metodología sistemática que los profesionales de enfermería utilizan para proporcionar cuidados efectivos y individualizados a los pacientes. Está compuesto por cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación (conocido como el modelo ADPIE). Aquí tienes una idea de cómo se aplicaría este proceso en el caso de litiasis vesicular:

1. Valoración:

En esta etapa, se recopilaría información sobre el paciente y su situación. Esto incluiría la historia clínica del paciente, síntomas presentes (dolor abdominal, náuseas, vómitos, etc.), datos de laboratorio (como análisis de sangre y pruebas de imagen) y cualquier información relevante sobre su estado de salud general.

2. Diagnóstico:

Basándose en la información recopilada durante la valoración, el enfermero/a identificaría los problemas y necesidades de cuidado del paciente. En el caso de la litiasis vesicular, los diagnósticos de enfermería podrían incluir: dolor agudo relacionado con cálculos biliares, riesgo de infección relacionado con la obstrucción de la vesícula biliar, conocimiento deficiente sobre la enfermedad y el tratamiento, etc.

3. Planificación:

En esta etapa, se establecerían metas y objetivos específicos para abordar los diagnósticos identificados. Por ejemplo, el enfermero/a podría planificar aliviar el dolor del paciente mediante la administración de analgésicos, prevenir la infección mediante la administración de antibióticos si es necesario, proporcionar educación al paciente sobre la dieta y el manejo de la enfermedad, etc.

4. Implementación:

En esta fase, se llevarían a cabo las intervenciones planeadas. Esto podría implicar administrar medicamentos según las indicaciones, brindar apoyo emocional al paciente, brindar información sobre la enfermedad y el tratamiento, ayudar con la movilización y el cuidado personal, etc.

5. Evaluación:

Después de haber implementado las intervenciones, se evaluaría la respuesta del paciente y el progreso hacia el logro de los objetivos establecidos. Si el paciente informa de una disminución del dolor, mejora de los síntomas y comprensión de la enfermedad, entonces las intervenciones podrían considerarse exitosas. Si no es así, se pueden revisar y ajustar las intervenciones según sea necesario.

Es importante recordar que el proceso de atención de enfermería es altamente personalizado y se adapta a las necesidades individuales de cada paciente. Siempre es esencial trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud y basar las intervenciones en las mejores prácticas y la evidencia médica actualizada.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el proceso de atención de enfermería es una herramienta esencial para brindar cuidados integrales y personalizados a los pacientes. Aplicado al caso de la litiasis vesicular, este proceso implica una cuidadosa valoración de la situación del paciente, identificación de problemas y necesidades específicas, establecimiento de metas y objetivos, implementación de intervenciones planificadas y evaluación continua de la respuesta del paciente. El enfoque centrado en el paciente y basado en la evidencia es fundamental para lograr resultados positivos. La colaboración interdisciplinaria y la adaptación a las circunstancias únicas de cada paciente son esenciales para brindar una atención de calidad. En última instancia, el proceso de atención de enfermería garantiza que se proporcione un cuidado holístico que aborde no solo los aspectos médicos, sino también los emocionales y educativos, permitiendo una mejor comprensión y gestión de la litiasis vesicular y mejorando la calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

1. "Cuidados de Enfermería en Pacientes con Problemas Digestivos" de Isabel Cordero Díaz.
2. "Manual de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Trastornos Gastrointestinales" de Ana M. Ramos Rodríguez y Margarita C. Rodríguez Sánchez.
3. "Atención de Enfermería en la Litiasis Vesicular: Una Revisión Integradora" por Juliana Tavares Queiroz et al., en la revista "Enfermería Global".

Capítulo 98

APOYO CONTINUO DE LA MATRONA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO POR PARTE DE LA ENFERMERA

MARIA RUIZ HOLGADO

ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS

AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN

ANDREA MURCIA VILLALBA

SARA BASCUÑANA NIETO

1 Introducción

En el contexto del proceso de parto, el apoyo continuo brindado por la matrona se ha demostrado como un elemento esencial para optimizar los resultados obstétricos y la experiencia global de la madre. Sin embargo, este apoyo no se limita únicamente a la intervención directa de la matrona; la colaboración con otros profesionales de la salud, como las enfermeras, también desempeña un papel crucial en la provisión de atención integral y holística.

La colaboración entre la matrona y la enfermera durante el trabajo de parto y el parto mismo permite combinar conocimientos y habilidades especializados en un enfoque interdisciplinario. La matrona, con su experiencia en partos y atención obstétrica, está especialmente capacitada para brindar apoyo emocional y físico a

la madre, monitorear el progreso del parto, evaluar la salud de la madre y el bebé, y tomar decisiones clínicas informadas. Por otro lado, la enfermera aporta una amplia gama de conocimientos en cuidados de enfermería, manejo de medicamentos y procedimientos, y asistencia práctica en la comodidad y seguridad de la paciente.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el trabajo de la matrona y la enfermera en el proceso del parto.

3 Metodología

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

4 Resultados

El apoyo continuo de la matrona durante el trabajo de parto es una práctica fundamental en el cuidado de la mujer embarazada. Numerosos estudios han demostrado los beneficios de tener una matrona o un profesional de atención médica capacitado brindando apoyo constante durante el proceso de trabajo de parto. Algunos de los resultados positivos asociados con el apoyo continuo de la matrona incluyen:

1. Reducción del uso de intervenciones médicas: La presencia y el apoyo de una matrona pueden disminuir la necesidad de intervenciones médicas como la administración de medicamentos para el dolor, la inducción del parto, la cesárea y el uso de fórceps o ventosa.
2. Menor necesidad de analgesia epidural: Las mujeres que reciben apoyo continuo de una matrona pueden experimentar menos dolor durante el trabajo de parto, lo que a menudo conduce a una menor necesidad de analgesia epidural u otros métodos de alivio del dolor.

3. Mayor satisfacción de la madre: Las mujeres que cuentan con el apoyo constante de una matrona durante el trabajo de parto tienden a informar una mayor satisfacción con su experiencia de parto y un mayor sentido de control sobre el proceso.

4. Reducción de la duración del trabajo de parto: Algunos estudios sugieren que el apoyo de una matrona puede estar asociado con una disminución en la duración del trabajo de parto, posiblemente debido a una mayor relajación y comodidad de la madre.

5. Menor tasa de partos instrumentales: El apoyo continuo de la matrona puede reducir la necesidad de partos instrumentales, como el uso de fórceps o ventosa, lo que puede tener beneficios tanto para la madre como para el bebé.

6. Mejora de los resultados neonatales: Los bebés nacidos en entornos en los que se proporciona apoyo continuo de la matrona pueden tener menos probabilidades de necesitar cuidados intensivos neonatales y pueden tener un mejor inicio en la lactancia materna.

7. Reducción del estrés y la ansiedad: La presencia de una figura de apoyo durante el trabajo de parto puede ayudar a reducir el estrés y la ansiedad de la madre, lo que a su vez puede tener un efecto positivo en el progreso del trabajo de parto.

En general, el apoyo continuo de la matrona durante el trabajo de parto se asocia con una experiencia de parto más positiva y con una mayor probabilidad de resultados saludables tanto para la madre como para el bebé. Es importante tener en cuenta que cada mujer es única y puede tener diferentes necesidades y preferencias en términos de apoyo durante el parto, por lo que la comunicación abierta con el equipo de atención médica es esencial para garantizar una experiencia de parto satisfactoria.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el apoyo continuo de la matrona durante el trabajo de parto por parte de la enfermera desempeña un papel crucial en la experiencia y resultado del parto. Esta colaboración multidisciplinaria garantiza un entorno de atención integral y personalizada para la madre, contribuyendo a reducir la ansiedad, el dolor y el estrés asociados con el proceso de parto. La presencia constante y el respaldo emocional de la matrona respaldada por la enfermera no solo fomenta un ambiente de confianza y seguridad, sino que también puede llevar a una dis-

minución en la necesidad de intervenciones médicas, como la administración de analgésicos o la realización de cesáreas. En última instancia, esta colaboración entre profesionales de la salud no solo beneficia el bienestar físico y emocional de la madre, sino que también puede tener un impacto positivo en la salud a largo plazo tanto para ella como para el recién nacido, estableciendo así una base sólida para el inicio del vínculo madre-hijo y el cuidado postparto.

6 Bibliografía

1. "Apoyo continuo de la matrona durante el trabajo de parto y sus efectos en los resultados maternos y neonatales" de Pérez, M., García, A., Martínez, L.

Capítulo 99

CASO CLÍNICO DE UNA PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

SILVIA MARÍA RODENAS CANDELAS

MARTA PÉREZ INOCENCIO

MARÍA INMACULADA LORENZO INOCENCIO

PAULA CUERDA LLORET

1 Introducción

En la actualidad, la hemorragia digestiva es considerada una indicación de ingreso hospitalario y está relacionada con una elevada morbilidad y mortalidad. A la hora de clasificar los tipos de hemorragias digestivas nos encontramos con dos tipos: las hemorragias digestivas altas y las hemorragias digestivas bajas(1,2).

El presente plan de cuidados es sobre un caso de hemorragia digestiva alta.

Las hemorragias digestivas altas son aquellas que aparecen por encima del ligamento de Treitz pudiendo localizarse en el esófago, estómago, duodeno, páncreas o en el conducto biliar. Por el contrario, las hemorragias digestivas bajas son aquellas en las que la pérdida de sangre se produce distalmente al ángulo de Treitz(1,2).

Un 70% de las hemorragias digestivas (HD) se dan en pacientes mayores de 65 años, aumentando la incidencia con la edad y en pacientes con comorbilidades. Por ello es imprescindible el adecuado diagnóstico y manejo para alcanzar unos resultados exitosos. El adecuado manejo incluye en primer lugar la estabilización del paciente seguido de establecer correctamente la causa de la hemorragia. Hay

que tener en cuenta que algunos factores, como la toma de AINES, las neoplasias, las infecciones por *Helicobacter pylori* y los tratamientos endoscópicos o quirúrgicos previos, pueden ser los principales causantes del sangrado(2).

2 Objetivos

- Aprender a elaborar un plan de actuación ante una hemorragia digestiva alta mediante el cual se contribuirá al conocimiento enfermero ante la atención de un paciente con estas características.

3 Caso clínico

1. Motivo de ingreso: mujer de 74 años ingresa por sospecha de hemorragia digestiva alta (HDA), melenas y anemia secundaria.

2. Antecedentes personales:

- No RAM.
- Obesidad.
- Fumadora activa.
- HTA, no dislipemia.
- Diabetes mellitus no insulino dependiente (DM II).
- Fibrilación auricular permanente.
- SAOS severo.

3. Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson:

3.1. Respiración:

Sin antecedentes de asma. Fumadora activa con hábito tabáquico de 5 cigarros al día.

En cuanto al patrón respiratorio, la paciente no presenta apneas, bradipneas o taquipneas. El tipo de respiración y frecuencia respiratoria son adecuadas. En el momento del ingreso la saturación fue de 94%. No aparece tos, expectoración ni aleteo nasal, aunque tiene antecedentes de un SAOS severo, por lo que necesita tratamiento con un dispositivo de alto flujo llamado CPAP. No suele presentar secreciones.

Refiere sensación disneica y precisa de oxigenoterapia. Lleva pautadas unas gafas nasales a 3 litros por minuto.

La paciente presenta enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y toma medicación para controlar la sintomatología (ultribo inhalador). No ha precisado ni es portadora de traqueotomía, dispositivos Venturi, etc.

Sin complicaciones a consecuencia de la respiración como puede ser la cianosis, epistaxis o hemoptisis. Tampoco presenta cianosis peribucal ni tiros intercostales.

En cuanto a nivel circulatorio, se trata de una paciente hipertensa (para lo que toma medicación como es el diltiazem y furosemida). En el momento de ingreso presento tensiones de 102/44 mmHG.

Con antecedentes de FA controlada y en tratamiento con sintrom suspendido temporalmente mientras se resuelve la HD. No presenta antecedentes de dislipemia. Diagnosticada de DM tipo 2 (toma glimepirida e icandra).

Necesidad alterada: Si.

3.2. Alimentación:

La paciente refiere que pesa unos 80 kg y mide 160 cm. El IMC es de 31 kg/m² por lo que presenta obesidad de grado I (30-34,9). En los últimos 3 meses ha habido pérdida de entre 6-7 kg. Ha estado comiendo menos y tiene menos apetito que de costumbre.

La paciente no muestra dificultades para la alimentación. Buena deglución, digestión y masticación tanto de sólidos como de líquidos. La ingesta se realiza por vía oral sin ninguna complicación. No ha precisado de sonda nasogástrica. No presenta náuseas o vómitos normalmente. Sin alergias conocidas.

Paciente diabética (DM tipo 2), lleva pautados controles en DE-CO-CE, administración de insulina rápida según valores y una dieta diabética baja en sal por HTA. Es totalmente independiente para comer. Presenta hipotiroidismo y por ello toma medicación (Eutirox).

No refiere dolores abdominales, caída del cabello relacionada con la alimentación, ni molestias en mucosa oral que pueda afectar a esta. La higiene bucal es adecuada y no es portadora de prótesis.

Necesidad alterada: Sí.

3.3. Eliminación:

- Eliminación urinaria:

La paciente no presenta incontinencias ni retenciones urinarias. Si refiere tener ITU de repetición. Por sus problemas de movilidad necesita de absorbentes por las noches. No es portadora de sonda vesical ni ha precisado de cateterismos intermitentes. No refiere dolores ni sangrados.

Eliminación intestinal:

Tendencia al estreñimiento en parte por su sedentarismo, por lo que lleva pautados laxantes (macrogol sobres) cada 8 horas y una correcta hidratación. Es continente, pero por sus problemas de movilidad precisa de absorbentes durante la noche. No portadora de sonda rectal ni tampoco presenta ostomías de elim-

inación. No refiere dolores. Por la hemorragia digestiva, ha estado eliminando bastantes cantidades de heces oscuras, malolientes, pastosas y brillantes con contenido sanguinolento (melenas).

Para ambos tipos de eliminaciones, la paciente necesita ayuda de dispositivos como andador o de otra persona para ir al baño.

Necesidad alterada: Sí.

3.4. Movilización:

Paciente con importantes problemas de movilidad agravados por su problema de salud actual. En cuanto a la capacidad de bipedestación, necesita ayuda para mantener la posición. Mujer con moderada fragilidad y riesgo de caídas, ya que en el último año ha tenido 1 caída en marzo.

Actualmente, la actividad de la paciente es levantarse de la cama al sillón con ayuda.

La marcha es insegura y necesita ayuda a través de dispositivos como andador, no tiene buen equilibrio y es dependiente para la mayoría de las ABVD.

Necesidad alterada: Sí.

3.5. Dormir/descansar:

Paciente verbaliza tener dificultades para conciliar y mantener el sueño por aumento de molestias y malestar general a última hora de la noche a pesar de administración de analgesia pautada (paracetamol IV).

A pesar de ello, no lleva pautada medicación inductora del sueño ni ansiolíticos.

Necesidad alterada: Sí.

3.6. Vestirse/desvestirse:

Necesita ayuda para vestirse-desvestirse en su día a día por los problemas de movilidad y equilibrio comentados anteriormente.

Necesidad alterada: Sí.

3.7. Mantener temperatura corporal:

Paciente con valores de temperatura estables y dentro de la normalidad (36-37 ° C). Tampoco aparecen cambios de temperatura por posibles episodios hipoglucémicos al tratarse de una persona diabética, ya que tiene los niveles de glucemia en sangres bastante bien controlados con pautas de insulina rápida con valores glucémicos por encima de 150 mg/dl.

Necesidad alterada: No.

3.8. Higiene corporal:

La higiene corporal y bucal es adecuada. Es dependiente para asearse a consecuencia de sus problemas de movilidad, por presentar riesgos de caídas y por su falta de equilibrio.

No exposición a humedad. Existe riesgo de lesiones cutáneas, por lo que lleva protección de talones para prevención de UPP.

Sin presencias de UPP u otras lesiones en el momento del ingreso. No aparece ictericia o prurito, pero sí presenta ligera palidez, sobre todo en el momento del ingreso, a consecuencia de la hemorragia, apareciendo valores de hemoglobina en sangre de 3,8 g/dl. El estado de la piel y mucosas es adecuado con signos de buena hidratación.

Necesidad alterada: No.

3.9. Seguridad:

Paciente sin riesgo de autólisis, con antecedentes de caídas y mala estabilidad.

En cuanto a la medicación, toma hipotensores, diuréticos y otros. No toma antidepressivos, ni antiparkinsonianos ni tranquilizantes o sedantes.

Necesidad alterada: En riesgo de alteración.

3.10. Comunicación:

Mujer con estado mental orientado, con percepción sensorial ligeramente limitada, sin problemas conocidos a nivel de lenguaje, por lo que se le entiende sin dificultad y no muestra problemas de comprensión ni de expresión.

Presenta alteraciones visuales, ya que es portadora de gafas, sin antecedentes de otros problemas como glaucoma, ceguera, etc. Ligera dificultad a nivel auditivo por edad avanzada, pero sin necesidad de audífonos u otros dispositivos.

Necesidad alterada: En riesgo de alteración.

3.11. Valores y creencias:

La paciente no presenta información suficiente como para poder valorar este patrón adecuadamente. Cabe pensar que, por tratarse de una persona mayor, son más comunes las creencias religiosas las cuales son importantes para ellos y les ayudan a resolver o sobrellevar mejor sus problemas.

Necesidad alterada: No.

3.12. Realización personal:

La paciente no ha presentado enfermedad aguda en los últimos 3 meses, no presenta problemas psicológicos y refiere que su estilo de vida es tranquilo y satisfactorio.

Su estado suele ser relajado, no suele aparecer nerviosismo ni alteraciones de conducta.

Necesidad alterada: No.

3.13. Riesgo social y ocio:

La persona de contacto, que siempre está con ella y que le ayuda en su día a día es su hija, es una mujer casada que vive en Villarrobledo. Vive con su marido y hacen alguna actividad juntos como ver la televisión, hacer crucigramas o salir a

realizar alguna actividad ligera.

La paciente verbaliza que sus relaciones familiares y sociales son satisfactorias.

Necesidad alterada: No.

3.14. Aprendizaje:

La conducta terapéutica es buena-importante, el conocimiento del proceso de su problema es moderado, el control de síntomas es moderado, la motivación es buena-importante y normalmente las decisiones sobre su proceso suelen ser tomadas por su acompañante(su hija).

Necesidad alterada: No.

Diagnóstico, planificación y ejecución:

- Diagnóstico 1:

Deterioro de la ambulación relacionado con problemas de movilidad y manifestado por mal equilibrio.

Objetivos: Aumento progresivo del tiempo que pasa en bipedestación

La paciente mantendrá, restaurará o aumentará el tono y la fuerza muscular, así como el grado de movilidad articular.

Intervenciones: Proporcionar apoyos para la movilidad como andadores, muletas, sillas de ruedas.

Realizar ejercicios de movilización general y particular de cada articulación.

- Diagnóstico 2:

Riesgo de sangrado relacionado con hemorragia digestiva alta .

Objetivos: La paciente mostrará TA, FC y respiración dentro de los límites normales.

La paciente conocerá aspecto de melenas y avisará rápidamente.

Intervenciones: Tratar HDA con medicación pautaada (omeprazol).

Trabajo multidisciplinar con auxiliares para detectar precozmente sangrado manifestado por melenas o hematemesis.

EPS a la paciente sobre aspecto y actuación ante sangrado.

- Diagnóstico 3:

Deprivación del sueño relacionado con malestar general y manifestado por insomnio.

Objetivos: La paciente será capaz de conciliar y mantener el sueño de forma adecuada durante la hospitalización.

Identificará qué factores contribuyen a la privación del sueño, así como, aquellos que mejoren el descanso.

Intervenciones: Se establecerán métodos de relajación como utilizar luz tenue, escuchar música relajante y disminuir el ruido ambiental.

Administrar medicación inductora del sueño de forma segura y efectiva.

La sospecha de HD finalmente quedó confirmada y resuelta con éxito, mejorando los niveles de hemoglobina sanguínea y desapareciendo por completo las melenas que presentaba en el momento de ingreso.

La paciente fue recuperando la actividad y energía que había perdido por la anemia secundaria a la hemorragia y consiguió descansar mejor por las noches.

4 Discusión-Conclusión

Como profesionales sanitarios de primera línea debemos conocer el manejo y cuidados de este tipo de situaciones adversas de salud como es una hemorragia digestiva, ya que ponen en alto riesgo la salud de estos pacientes. Es fundamental establecer la causa y abordarla lo antes posible, evitando la aparición de otros problemas secundarios como la anemia o la debilidad como se muestra en el presente caso.

5 Bibliografía

1. Stollow E, Moreau C, Sayana H, Patel S. Management of Non-Variceal Upper GI Bleeding in the Geriatric Population: An Update. [cited 2023 Sep 3]; Available from: <https://doi.org/10.1007/s11894-021-00805-6>.
2. Kate V, Sureshkumar S, Gurushankari B, Kalayarasan R. Acute Upper Non-variceal and Lower Gastrointestinal Bleeding. Journal of Gastrointestinal Surgery [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 3]; Available from: <https://doi.org/10.1007/s11605-022-05258-4>.

Capítulo 100

MÚSCULOS: ESTRUCTURA Y FUNCIÓN

BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO

1 Introducción

Formando el cincuenta por ciento de la masa corporal de un ser humano, el músculo es el tejido responsable de los movimientos del organismo mediante la contracción y la relajación.

Existen tres tipos de estructura muscular. Según su función y su localización se dividen en:

- **Cardiaco:** es el tejido muscular que forma el miocardio. A diferencia del aparato locomotor, este tejido funciona de forma autónoma. Es decir, no responde a impulsos voluntarios del sistema nervioso.
- **Liso:** al igual que el tejido cardiaco, se contrae de manera automática y se localiza en distintos órganos huecos. Entre ellos, el esófago, el estómago, la vejiga, el útero, el intestino y los vasos sanguíneos.
- **Estriado o esquelético:** caracterizado por formar el aparato locomotor, ya que se articulan con los huesos mediante los tendones.

Sus principales funciones incluyen:

- El control de la posición del cuerpo.
- La protección de tejidos blandos.
- El manejo de los esfínteres.
- El aislamiento térmico del cuerpo.
- El estímulo del flujo linfático y sanguíneo.
- Almacenamiento de nutrientes.

El iris tiene dos músculos lisos: uno produce la dilatación (músculo dilatador) y el otro (músculo esfínter pupilar), produce la contracción del mismo. Ambos son los responsables del reflejo pupilar, haciendo que sea posible observar con nitidez objetos en el campo lejano y en el campo cercano.

2 Objetivos

- Conocer la estructura, funcionamiento y clasificación de los músculos del cuerpo humano como parte de la formación básica como personal de enfermería.

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 músculo se compone de fibras musculares que son células alargadas que contienen en su interior varios núcleos, así como estructuras de dimensión molecular llamadas miofibrillas.

Estas se organizan en segmentos funcionales llamados sarcómeros. Estas unidades anatómicas consisten en hilos colocados de manera alterna y apilados compuestos por dos proteínas llamadas actina y miosina que tienen la capacidad de deslizarse unas sobre otras para contraer la fibra muscular.

A su vez, estas fibras se agrupan formando fascículos que están cubiertos de un tejido conectivo llamado perimisio. Una agrupación de estos haces forman el músculo que a su vez está cubierto de un tejido llamado epimisio compuesto de varias fibras elásticas.

En algunos músculos, el epimisio tiene una dureza superior y en estos casos se le denomina fascia.

Todo el tejido conectivo que conforma los músculos se agrupa al final de los mismos para dar lugar a tendones o a aponeurosis (tendón plano que sirve de inserción para algunos músculos).

- Clasificación según su forma:

Los músculos pueden clasificarse según su forma y según la disposición de las fibras musculares. Así, consideraremos la clasificación de los músculos esqueléticos de la siguiente manera:

- **Alargados o fusiformes.** Se trata de aquellos músculos que son anchos en el centro y estrechos en sus extremos, como el recto femoral, los tríceps o los bíceps.
- **Cortos:** son los de corta longitud, independientemente de su forma. Por ejemplo, los músculos faciales y craneales.
- **Planos.** Tienen forma de abanico y una base aplanada, como el músculo pectoral.
- **Anchos.** Se caracterizan por tener fibras con diámetro grueso. Es el caso del músculo dorsal.
- **Unipenniformes.** Presentan una forma de media pluma y parten del lateral de un tendón. Un buen ejemplo es el extensor común de los dedos del pie.
- **Bipenniformes.** Su forma es de pluma y sus fibras se originan en el centro de un tendón, como el recto femoral.
- **Multipenniformes.** Las fibras de este tipo de músculo surgen de diferentes tendones a la vez. Además, presentan una organización compleja. Sirva de ejemplo el deltoides.
- **Digástrico.** Se trata de un músculo que tiene dos vientres musculares. Así pues, se extiende desde la base del cráneo hasta el hueso hioides, y desde este hueso hasta la mandíbula.
- **Poligástricos.** Son grupos musculares que presentan varios vientres, los cuales están cubiertos por una fascia común. Esta fascia permite la contención de los músculos rectos del abdomen.
- **Bíceps.** Uno de sus extremos se inserta directamente al hueso, mientras que el otro extremo tiene dos partes que se insertan al hueso. Esta es la razón de su nombre, que significa dos cabezas. Tenemos como ejemplo el bíceps femoral.
- **Tríceps.** Este músculo es similar al anterior, aunque en este caso el músculo se divide en tres partes, ya que se inserta al hueso en uno de sus extremos. Es el caso del tríceps braquial.
- **Cuádriceps:** Presenta una estructura muscular parecida a la de los dos anteriores. Sin embargo, en este caso, son cuatro los tendones insertados individualmente al hueso.

Una función primordial de los músculos es facilitar el movimiento en los diferentes planos del espacio. Teniendo esto en cuenta, podemos clasificar los músculos de la siguiente forma: abductores, aductores, flexores, extensores, supinadores y pronadores.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se constata la necesidad de que el personal sanitario conozca la composición de los músculos, siendo unas estructuras fundamentales que dan soporte al organismo, ayudando al movimiento del individuo. Así mismo, es importante conocer cómo se clasifican los músculos según su forma y según su movimiento.

Se destaca la existencia de 3 tipos de estructura muscular: el músculo cardíaco, el músculo liso y el músculo estriado, compuesto y estructurado con miofibrillas alternadas que se agrupan en fascículos.

6 Bibliografía

1. Tipos de músculos - clasificación y funciones. En: <https://www.tuasaude.com/es/tipos-de-musculo/>.
2. Clasificación de tipos y funciones musculares. En: https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Psicologia/Biopsicologo.
3. Clasificación y funciones. En: <https://pmedic.es/guia-completa-sobre-los-musculos-del-cuerpo-humano-y-su-clasificacion/>.
4. Tejido muscular - tipos y funciones. En: <https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/musculos-y-tejido-muscular>.

Capítulo 101

EXÉRESIS DE CARCINOMA BASOCELULAR NODULAR EN ZONA RETROAURICULAR: CIERRE POR SEGUNDA INTENCIÓN

MARÍA ESTÉVEZ VILLANUEVA

SARA ALVAREZ DIAZ

ESTHER GONZÁLEZ NIETO

1 Introducción

El carcinoma basocelular es un nódulo superficial, de crecimiento lento, que se origina en los queratinocitos de la capa basal de la piel.

Es el tipo de cáncer de piel más frecuente, que afecta principalmente a personas de piel clara y con antecedentes de exposición solar; aunque también puede asociarse a síndromes genéticos, como el síndrome de Gorlin o el síndrome de Bazex. Se diferencian distintos tipos de carcinomas basocelulares: nodulares, superficiales morfeaformas u otros tipos posibles. Los carcinomas basocelulares nodulares son los más prevalentes, siendo los responsables de alrededor de un 60% de los carcinomas basocelulares, y se caracterizan por ser pequeños y firmes, brillantes y casi de traslúcidos a rosados con telangiectasias, en general en la cara. El carcinoma basocelular suele comenzar por una pápula brillante, que va aumentando poco a poco de tamaño, que evoluciona al cabo de los meses e incluso años a una úlcera central con bordes perlados y con telangectasias. Estas lesiones pueden alternar periodos de formación de costras con periodo de curación.

La biopsia y el estudio histológico es el método diagnóstico para este tipo de lesiones. No son lesiones con mal pronóstico, pues es raro que desemboquen en metástasis. Cerca del 25% de los pacientes con carcinoma basocelular recidivan al cabo de 5 años con un nuevo diagnóstico, lo que justifica la necesidad de realizar controles anuales.

En lo referente al tratamiento, por lo general, son suficientes técnicas locales. Serán el aspecto clínico, el tamaño, la localización y el subtipo histológico quienes determinen el tratamiento de elección: curetaje y electrodesecación, resección quirúrgica, criocirugía, quimioterapia tópica, terapia fotodinámica o radioterapia.

Para la prevención de este tipo de lesiones, todas las medidas van dirigidas a evitar la exposición a radiación ultravioleta procedente del sol.

2 Objetivos

- Describir y dar a conocer el carcinoma basocelular nodular.
- Analizar un caso clínico sobre la exéresis de un carcinoma basocelular nodular y su evolución.
- Señalar la importancia de medidas de protección frente a la radiación ultravioleta.

3 Caso clínico

El sujeto es un varón de 70 años, entre cuyos antecedentes personales podemos destacar: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, glaucoma y puntuación de 5 en la escala de Regicor y Score de 3.

Demanda asistencia sanitaria porque presenta recidiva de lesión en región posterior de oreja izquierda, que ya había sido intervenido a ese nivel.

Se realiza exéresis por el servicio de Dermatología el 28/01/2022.

Los resultados de Anatomía Patológica indican que se trata de un carcinoma basocelular nodular PT1 (en lo referente a la profundidad llega a la submucosa), L0 (sin infiltración linfática), V0 (sin infiltración vascular), R0 (márgenes de resección libres de tumor); cuya descripción macroscópica es la siguiente: cuña cutánea rosada de 28mm de diámetro mayor.

Acude a consulta de enfermería de atención primaria para la realización de curas el 01/02/2022, donde se evidencia dehiscencia de la herida quirúrgica. Tras una nueva valoración por el servicio de Dermatología se indica retirada de puntos de sutura y cierre de la herida por segunda intención.

Inicialmente, se realiza limpieza de la zona con suero fisiológico y se realiza la cura con hidrofibra de plata e hidrocoloide extrafino.

En curas sucesivas se evidencia en el lecho de la herida tejido esfacelado y exudado de calor amarillo, que persiste tras continuar con la misma pauta de curas. El 07/02/2022 se realiza desbridamiento cortante del tejido desvitalizado y se realiza cura con hidrofibra de plata e hidrocoloide extrafino, con buena evolución y manteniendo tejido de granulación en visitas posteriores, por lo que se mantiene la misma pauta de curas.

El 22/02/2022 se evidencia tejido de hipergranulación, sobreelevado. Se aplica povidona yodada, por su efecto citostático, apósito de hidrofibra e hidrocoloide extrafino, con buena evolución en la siguiente cura a las 48 horas, en la que no presenta tejido de hipergranulación y se aprecia una disminución en el tamaño del lecho de la lesión.

El 01/03/2023 presenta la herida epitelizada.

4 Discusión-Conclusión

Ante exéresis de carcinoma basocelular nodular, el máximo reto para la curación supone su localización anatómica retroauricular, especialmente en el contexto de la pandemia por la Covid-19, en un momento en el que el uso de mascarillas era de uso obligatorio.

Por parte de la labor de enfermería, cabe destacar también la importancia de la educación para la salud en términos de prevención en la exposición a la radiación ultravioleta, ya que se trata de unos de los principales factores de riesgo para la aparición de este tipo de tumores.

5 Bibliografía

1. Darias DC, Garrido CJ. Carcinoma basocelular. Un reto actual para el dermatólogo. *Rev Méd Electrón*. 2018;40(1):172-182.
2. Cajina-Vázquez A. Carcinoma Basocelular. *Rev Med Cos Cen*. 2012;69(603):325-329.
3. Herms F. Carcinomas basocelulares. *EMC – Dermatol*. 2021;55(3):1-9.
4. Armstrong BK, Kricker A. The epidemiology of UV induced skin cancer. *J Photochem Photobiol B*. 2001;63(1-3):8-18.

Capítulo 102

PREPARACIÓN ÓTICA PREVIA A LA EXTRACCIÓN DE UN TAPÓN DE CERUMEN MEDIANTE IRRIGACIÓN: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

TAMARA CABAÑERO CONTRERAS

MARÍA DOLORES GALLEGO ROSA

GONZALO ALARCÓN CARRERES

CORAL GARCÍA GUIJARRO

MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA

1 Introducción

La cera es una mezcla natural de secreciones y células epiteliales que se crean en el conducto auditivo externo. Forma parte del mecanismo de autolimpieza del oído, y generalmente se expulsa sin ocasionar problemas.

Hablaremos de tapón de cerumen cuando la cera bloquee el canal auditivo. Puede ocurrir cuando el método de autolimpieza del oído no funciona correctamente y ésta queda acumulada en el conducto.

Si bien la presencia de un tapón de cera puede cursar de forma inadvertida, es frecuente que el paciente presente una serie de síntomas, como son: pérdida de audición (el más frecuente), otalgia, tinnitus, sensación de plenitud o prurito, es

por ello que se trata de una de las principales causas de consulta médica en Atención Primaria relacionadas con el oído.

El bloqueo del canal auditivo no requiere manejo activo cuando el paciente está asintomático, sin embargo, cuando presenta molestias o es preciso visualizar la totalidad del conducto y/o el tímpano mediante otoscopia, hay que proceder a su extracción.

La prevalencia del tapón de cera varía en función de ciertos factores (uso de audífonos y/o bastoncillos, morfología del conducto auditivo, descamación de la piel...) pero es elevada en ancianos, niños y personas con deterioro cognitivo. Existen numerosos tratamientos para su eliminación: administración de gotas cerumenolíticas, irrigación y diversas técnicas de extracción manual con métodos diferentes a la irrigación (cureta, succión, forceps, etc.). Además, es posible combinarlos entre sí, por ejemplo, primero se pueden aplicar las gotas y luego proceder a la irrigación.

La extracción de cera del canal auditivo externo mediante irrigación es el procedimiento otorrinolaringológico más frecuentemente realizado por el profesional de Enfermería de Atención Primaria. Existe mucha variabilidad a la hora de preparar al paciente para ello, por eso es importante realizar una revisión bibliográfica que permita unificar la forma de actuar y así promover el manejo basado en la evidencia.

2 Objetivos

El propósito de este estudio es averiguar qué dice la literatura actual acerca de los diferentes preparados tópicos que se utilizan con la finalidad de ablandar el tapón de cerumen previo a su retirada mediante irrigación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se realizó una revisión bibliográfica de artículos encontrados en Cochrane, PubMed y Google Académico. Además, se revisaron protocolos de diversos centros sanitarios como el Hospital General Universitario de Valencia o el Centro de Salud del Progreso de Badajoz.

4 Resultados

El profesional de enfermería del centro de salud es el que con más frecuencia realiza la extracción del tapón de cera mediante irrigación. Se trata de un método seguro, pero no está exento de complicaciones, por lo que el encargado de llevar a cabo la técnica debe estar formado en ello.

Con el objetivo de reblandecer el cerumen y proceder a su retirada de una manera más sencilla, se pueden aplicar previamente diversos productos. Como ejemplo de ellos destacamos los siguientes:

- Soluciones a base de agua, como el bicarbonato de sodio o la propia agua.
- Compuestos a base de aceite, como el aceite de almendras o el de oliva.
- Preparados constituidos por peróxido de carbamida o glicerol.
- Soluciones que combinan productos a base de agua y a base de aceite.

Existen diferentes estudios relacionados con el uso de productos previo a la retirada del tapón de cerumen. En ellos se compara el no usar ningún tratamiento con usar agua o suero fisiológico, también el no utilizar pretratamiento con la administración de gotas con ingredientes activos. Otras situaciones que se analizan es la aplicación de preparados a base de agua con la de preparados a base de aceite, o el uso de compuestos con tratamiento activo frente a los creados a base de agua o aceite.

Tras la lectura de la literatura actual no se puede afirmar que haya un tratamiento más eficaz que otro, pues no existen estudios de alta calidad sobre este tema. Sin embargo, lo que sí podemos deducir es que es mejor aplicar cualquier producto a no aplicar ninguno, pues en la actualización de 2018 de la revisión sistemática Cochrane del uso de gotas óticas, así lo concluye.

5 Discusión-Conclusión

La existencia de cera impactada en el conducto auditivo es un motivo de consulta habitual en Atención Primaria. Tanto es así, que la técnica más frecuentemente realizada por el profesional de enfermería relacionada con los oídos es la extracción del tapón de cerumen mediante irrigación.

Las gotas para los oídos son una herramienta muy comúnmente empleada para preparar el oído del paciente. La existencia de numerosos tipos, hace que en

la práctica diaria haya gran variabilidad a la hora de recomendar unas u otras, generando muchas dudas.

Son diversos los estudios que intentan evaluar las diferentes recomendaciones, pero sigue sin existir evidencia de calidad para guiar la práctica actual. Es necesario que se lleven a cabo estudios de calidad que permitan generar conclusiones firmes y así, unificar los criterios para elaborar un método de actuación estandarizado que pueda garantizar el correcto abordaje de un procedimiento tan frecuentemente realizado en Atención Primaria.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Proceso de atención de enfermería a un paciente con tapón de cerumen. Cuidados en atención primaria [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 [citado 24 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-a-un-paciente-con-tapon-de-cerumen-cuidados-en-atencion-primaria/>
2. Tapón de cerumen: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 18 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000979.htm>
3. Aaron K, Cooper TE, Warner L, Burton MJ. Ear drops for the removal of ear wax. *Cochrane Database Syst Rev*. 25 de julio de 2018;7(7):CD012171.
4. Munro KJ, Giles TC, Smith-Howell C, Nazareth I. Ear wax management in primary care: what the busy GP needs to know. *Br J Gen Pract*. 27 de enero de 2023;73(727):90-2.
5. Meyer F, Preuß R, Angelow A, Chenot JF, Meyer E, Kiel S. Cerumen Impaction Removal in General Practices: A Comparison of Approved Standard Products. *J Prim Care Community Health*. 2020;11:2150132720973829.
6. Esteban A, Ros R, Basterra J. COMITÉ CONTINUIDAD ASITENCIAL.
7. Schwartz SR, Magit AE, Rosenfeld RM, Ballachanda BB, Hackell JM, Krouse HJ, et al. Clinical Practice Guideline (Update): Earwax (Cerumen Impaction). *Otolaryngol-Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg*. enero de 2017;156(1_suppl):S1-29.

Capítulo 103

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN DEBUT DIABÉTICO. CASO CLÍNICO

ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ

ESTHER NAVARRO GÓMEZ

VIRGINIA TAJUELO FLORES

ANA TRUEBA GONZÁLEZ

FLORENTINA DIANA LAMBRU

1 Introducción

La diabetes, denominada así por un médico griego llamado Areteo de Capadocia, significa Sifón en griego, haciendo referencia a uno de los síntomas más frecuentes de esta patología: la poliuria. Este médico define la diabetes como una enfermedad fría y húmeda en la que la carne y los músculos se funden para convertirse en orina. Él quería decir que el agua entraba y salía sin quedarse en el individuo. En el siglo II Galeno también se refirió a la diabetes (1).

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad muy común en nuestra sociedad que agrupa miles de enfermedades muy heterogéneas entre sí, que tienen como causa principal una alteración crónica metabólica, y como causa común todos los individuos que sufren esta enfermedad tienen niveles altos de glucosa en sangre (2).

Tipos:

Esta enfermedad se puede desencadenar de tres formas muy distintas, por lo que es dividida en diabetes tipo 1 (DM1), diabetes tipo 2 (DM 2), y diabetes gestacional (4). En los dos primeros tipos se produce una pérdida en la masa de las células beta pancreáticas de los islotes de Langerhans. El fallo de funcionamiento que da lugar a esta pérdida es diferente según el tipo de diabetes al que nos refiramos. En la DM1 esta pérdida se produce por alteración en mecanismos inmunitarios, mientras que en la DM2 engloba mecanismos metabólicos (3). Por otro lado, la diabetes gestacional es la que se diagnostica por primera vez en el embarazo. Generalmente, son personas que antes de quedarse embarazadas tenían diabetes tipo 2, pero no lo sabían y es durante el embarazo cuando se encuentra esa diabetes y se denomina gestacional (4). En esta situación la mujer no produce suficiente insulina durante su proceso de embarazo (5).

La DM1 o también conocida como la de edad temprana debido a que es más frecuente en niños, está caracterizada por la ausencia absoluta de células beta del páncreas. Esta ausencia es debida a que nuestro cuerpo crea un mecanismo autoinmune y empieza a destruirlas, lo que va a ocasionar una ausencia absoluta de insulina en estos individuos. Se cree además que estos sujetos son susceptibles durante toda su vida y que un agente ambiental produce el desencadenante para la iniciación del mecanismo autoinmune. Este mecanismo se inicia meses o incluso años antes de la aparición de aquellos síntomas que nos van a hacer sospechar de la enfermedad, como son poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso, así como su aumento de glucosa en sangre (hiperglucemia) correspondiente (6). Además de los agentes ambientales, también pueden desencadenar el mecanismo de la enfermedad algunos trastornos, como un exceso en las hormonas del crecimiento, así como en los glucocorticoides, algunas enfermedades que pueden llegar a dañar el páncreas o algunos trastornos genéticos, como en los casos más habituales (7).

La DM2 es más frecuente en personas en edad adulta. Se origina debido a la existencia de una resistencia a la insulina y disminución de la cantidad de esta disponible para ser utilizada por nuestro organismo (7).

En un principio en estos individuos se va a observar un aumento de la concentración de insulina plasmática, pero esta no va a ser suficiente para contrarrestar la deficiencia debido a la resistencia de insulina y, por tanto, no logra mantener la homeostasis. Además, esta situación va a ir empeorando año tras año en los individuos (7).

Diagnóstico.

La Asociación Americana de la Diabetes (ADA) tiene como criterios diagnósti-

cos: glucemia en ayunas con un nivel de 126 mg/dL (mínimo en dos ocasiones), glucemia mayor a 200 mg/dL a las 2 h tras la ingesta de 75 g de glucosa (OGTT), síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia, polifagia...) y glucemia mayor a 200 mg/dL, o hemoglobina glicosilada (HbA1c) > 6,5% (8).

Las pruebas que se llevan a cabo para poder obtener los datos anteriores son: Glucosa plasmática en ayunas (FPG), Prueba de tolerancia oral a la glucosa (OGTT) y la Prueba aleatoria de glucosa plasmática. Esta última se puede realizar a cualquier hora del día cuando se observen síntomas graves de diabetes (8). En la tabla 1, se describen diferentes tipos de diabetes acompañados de sus pruebas diagnósticas, causas y características más comunes.

Diabetes tipo 1 y debut diabético.

El término debut diabético hace referencia a esa aparición repentina de diabetes en un niño o adolescente que va a afectar a este, así como a su familia de primer grado de manera tanto metabólica (al niño) como psicosocial (a ambos). El término también engloba unas circunstancias donde el niño se encuentra en una situación de riesgo donde necesita un diagnóstico y comienzo de tratamiento inmediato para prevenir futuras complicaciones (9).

Este debut tiene como población diana a los niños entre 9 y 14 años. Estos se encuentran en un proceso de gran descompensación metabólica y existencia de síntomas como poliuria, polifagia y polidipsia (los dos primeros suelen ser la fisiopatología más frecuente, por lo que se detecta la enfermedad). En este momento va a ser muy importante una buena educación diabetológica para empezar a saber más sobre la enfermedad, el funcionamiento y la técnica de inyección de la insulina, ya que este va a ser su principal tratamiento (9).

El niño en esta etapa va a pasar por diferentes fases donde encontramos: presentación, fase de remisión o luna de miel y fase crónica de dependencia a la insulina (10).

El papel de enfermería en la pronta regulación de la glucemia y el buen control de ésta, el aprendizaje de la administración de insulina y la adquisición de buenos hábitos dietéticos e higiénicos y el apoyo emocional va a ser fundamental para un buen desarrollo a nivel biopsicosocial del niño (9).

2 Objetivos

- Valorar cuál de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson se encuentran alteradas en un paciente diagnosticado de debut diabético.
- Identificar los diagnósticos de enfermería según taxonomía NANDA adecuados para cada necesidad alterada en un paciente diagnosticado de debut diabético.

- Realizar un plan de cuidados individualizado según NOC y NIC en un paciente de debut diabético.

3 Caso clínico

Presentación del caso.

Paciente de 5 años y 11 meses de edad que tras su repentina pérdida de peso, y al observar sus padres un aumento de la ingesta de líquidos, es llevada a una Policlínica de Villarrobledo. En consulta le toman las constantes (T° 35.8 C, FR: 15 rpm, FC: 104 lpm, Sat 96%, TA: 106/77 mmHg), así como la glucemia capilar donde se obtienen niveles de 369 mg/dl y cetonuria. No existe una clara poliuria ni polifagia, aunque el padre refiere que come algo más de lo habitual. Finalmente se decide la derivación a urgencias del hospital de Villarrobledo.

Es atendida en Urgencias de Pediatría en el hospital de Villarrobledo debido a la observación de una alteración de cifras de glucemia capilar donde se realizan pruebas complementarias. Se mantiene en glucemia capilar de 319 mg/dl y cetonemia 4+ sin cetoacidosis asociada. No trastornos hidroelectrolíticos. Debido a los resultados y sospecha de debut diabético se contacta con pediatría de guardia de CHUA que acepta traslado a Planta de Hospitalización.

La paciente y familia refieren que ha sido un proceso complicado de traslado debido a que no existía enfermera disponible para acompañarlos en el traslado y que este se hizo mucho más largo, teniendo el alta de urgencias en Villarrobledo a las 7 pm y llegando al CHUA a las 11 pm.

Una vez en el Hospital de Albacete es atendida en urgencias donde se confirma debut diabético y hospitalizada minutos después en Planta de Pediatría donde actualmente llevan semana y media. Han sido visitados por distintos especialistas como el Endocrino, Psicólogo o el Nutricionista para ayudar en el entendimiento de la enfermedad y la asimilación y manejo del estrés debido al diagnóstico definitivo.

Diagnóstico principal:

- Debut diabético.

Antecedentes personales:

Embarazo controlado, sin incidencias. Parto mediante cesárea por RPBF (39 semanas de gestación). Apgar 9-10. Diuresis y meconiorrexis normales. PRN: 3270 g. Periodo neonatal normal. Pruebas metabólicas negativas. OEA normal. Vacunación completa para su edad. Desarrollo psicomotor normal. Escolarización normal. No enfermedades de interés. No intervenciones quirúrgicas. No RAMC. Ingreso en febrero de 2022 en HGV por TCE moderado y conmoción (TAC craneal

normal).

Antecedentes familiares:

Padre 49 años. Asma. Hipercolesterolemia. Antecedente de hernia discal.

Madre 45 años, sana. Antecedente de diabetes destacional. GAV 2-0-2. No consanguinidad. No enfermedades endocrinológicas de interés.

Valoración actual:

Paciente en 6to día de tto. En debut DM tipo 1 sin cetoacidosis. Peso: 15, 8kg. Afebril y con constantes mantenidas. Consciente y orientada. No focalidad neurológica y signos meníngeos negativos.

Tratamiento habitual:

Tratamiento farmacológico:

- INSULINA DETEMIR (LEVEMIR) 100UI (DE 2,5 – Mm 0 – Co 2 – Me 0 – Ce 1.5)
- INSULINA NOVORAPID FLEXPEN 100UI (DE 2.5 – Mm 0 – Co 2 – Me 0 – Ce 1.5)

Tratamiento no farmacológico:

- Controlar deposiciones.
- Controlar diuresis por turno.
- Controlar la ingesta de alimentos.
- Cuidados Catéter Periférico.
- Monitorizar Glucemia.
- Valoración del dolor con escala (c/8h)
- Valoración del dolor tras analgesia.
- Constantes por turno, incluida la TA.
- Dieta diabética: 15 raciones/día (1500 kcal)
- Glucemia y cetonemia antes del desayuno.
- Si glucemia < 70 mg/dl, ingerir 50 ml de zumo.

Valoración según Necesidad de Virginia Henderson.

- Respiración / Oxigenación.

Presenta frecuencia respiratoria normal.

No aparición de disnea.

Los padres refieren aparición de tos no productiva de forma momentánea durante el día.

No secreciones respiratorias ni signos de cianosis.

Necesidad NO alterada debido a que los valores de oxigenación de la paciente han estado entre 95-99%.

No ha necesitado de ningún dispositivo externo durante su estancia hospitalaria.

No se han realizado lavados nasales por presencia de mocos que le dificultaran la respiración normal.

Presencia de piel y mucosas con coloración normal.

NECESIDAD NO ALTERADA

- Nutrición e Hidratación.

Existe un cambio en alimentación e hidratación a causa del diagnóstico de diabetes.

Durante la etapa anterior al diagnóstico se produjo un aumento en la ingesta de agua que se manifestó como principal signo de la diabetes.

Los padres refieren una pérdida de peso de 3kg aprox.

Actualmente tiene una dieta restringida en 1500 kcal día que debe estar dividida en 15 raciones.

Se administra una dieta oral en la que necesita ayuda parcial.

NECESIDAD ALTERADA.

Riesgo de desequilibrio nutricional (11).

NOC (12):

01004 - Estado nutricional: ingestión de nutrientes, masa corporal, peso.

01612 - Control de peso: supervisión del peso corporal.

NIC (13):

1030 - Manejo de los trastornos de alimentación.

- Eliminación.

Aumento en la necesidad de miccionar.

No uso de pañal.

No sonda vesical ni otros dispositivos de ayuda para la eliminación urinaria.

Hábito intestinal de 3 deposición/semana (consistencia normal) y 6 o 7 micciones/día (color amarillo transparente).

NECESIDAD NO ALTERADA.

- Movimiento/postura.

Autonomía total.

No hay nada que le dificulte el movimiento y/o postura.

Mantiene el equilibrio de forma correcta con respecto a su edad.

Sale a jugar o a la biblioteca en horario preestablecido por el hospital siempre que puede.

NECESIDAD NO ALTERADA.

- Reposo y sueño.

La paciente refiere dificultad para conciliar o mantener el sueño debido a que siente el ambiente de la habitación como extraño y/o poco familiar.

No recibe ningún medicamento para la relajación, ni para conciliar el sueño.

Se encuentra la mayor parte del día tranquila dibujando o haciendo deberes.

La paciente manifiesta que se despierta a deshoras y no consigue descansar bien.

NECESIDAD ALTERADA.

00095 Deterioro del patrón de sueño (11).

NOC (12):

0004 - Sueño.

NIC (13):

6482 - Manejo ambiental: confort.

-Ajustar la iluminación de forma que se adapte a sus preferencias.

1850 - Mejorar el sueño.

Animar al paciente a que establezca una rutina.

Ajustar el ambiente.

Comprobar el esquema de sueño del paciente.

- Vestirse y desvestirse.

Necesita ayuda parcial a la hora de vestirse y desvestirse.

No se considera alterado porque es algo normal en una niña de 5 años.

Sus padres refieren que poco a poco va aumentando su autonomía en estas tareas y cada vez tiene conductas más autónomas sobre la elección de las prendas.

NECESIDAD NO ALTERADA.

-Mantenimiento de la homeostasis.

Paciente en debut diabético con presencia de picos de azúcar, que van disminuyendo debido a que cada vez existe mayor manejo de la enfermedad por parte de la familia y la paciente.

Para corregir los picos de glucemia, la paciente tiene pautas individualizadas de insulina que se deben administrar en función del rango en el que se encuentre el valor de glucosa en sangre que se ha obtenido al medirse.

Paciente no presenta alteraciones en las hormonas tiroideas ni alteraciones en las concentraciones de sodio en sangre.

Si la paciente presenta hipertermia, medir niveles de glucosa en sangre por riesgo a que estos se encuentren alterados y administrar la pauta de insulina necesaria.

NECESIDAD ALTERADA

00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable (11).

NOC (12):

1820 - Conocimiento: control de la diabetes.

2300 - Nivel de glucemia

NIC (13):

2130 - Manejo de la hipoglucemia.

- Mantener una vía i.v permeable si procede.

- Vigilar los niveles de glucosa en sangre.

- Determinar signos y síntomas de la hipoglucemia.

2120 - Manejo de la hiperglucemia.

- Administrar insulina, según prescripción.
- Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en sangre.
- Conocer y observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia.
- Higiene.

Paciente con piel intacta, pero con riesgo de presencia de induraciones o hematomas en dedos debido a la multitud de veces al día que es pinchada para comprobar sus niveles de glucemia.

Encontramos uñas bien cortadas y sin suciedad.

En general, se observa una higiene aceptable de la paciente, así como de la familia. En este caso va a ser muy importante la última debido a que la paciente aún no es totalmente autónoma y su higiene va a depender en multitud de ocasiones de los padres.

Mucosas integra y con buena hidratación.

Buena higiene de la cavidad bucal y piezas dentarias.

NECESIDAD EN RIESGO DE SER ALTERADA.

- Seguridad.

La paciente presenta hipermetropía y astigmatismo desde los 4 años.

No presenta alteración auditiva.

En ocasiones el padre se va a por comida o bebida y la paciente se queda sola.

Paciente de 5 años con riesgo en la seguridad relacionado con la edad.

Su día se resume en jugar de manera continúa, las conductas de riesgo son más frecuentes.

NECESIDAD ALTERADA.

00155 Riesgo de caídas (11).

NOC (12):

1909 – Conducta de prevención de caídas.

NIC (13):

6490 – Prevención de caídas.

- Proporcionar mayor seguridad con dispositivos de seguridad (barandillas en cama, evitar objetos pequeños,...)
- Comunicación.

Se comunica con los demás verbalmente y manifiesta sus emociones y sentimientos.

Se puede mantener una comunicación fluida con la paciente, a pesar de que en muchas ocasiones siente vergüenza y los padres responden por ella o incluso le animan a responder y que no tenga vergüenza.

Se comprende la comunicación que se lleva a cabo con la paciente.

La paciente se encuentra orientada, nos cuenta el día que es y el motivo por el que se encuentra en estos momentos en el hospital.

NECESIDAD NO ALTERADA.

- Creencias y valores.

No existe conflicto entre las creencias y valores de la paciente con respecto a los cuidados que se le están proporcionando. Proviene de familia católica y ella es católica hasta el momento. Fue bautizada al año y 2 meses.

NECESIDAD NO ALTERADA

- Realización personal.

Los padres refieren que la paciente se encuentra todo el día jugando con sus amigos y con la familia.

Dentro del hospital sigue sin parar de hacer cosas, aunque no sean las mismas.

Se pasa el día dibujando o haciendo deberes que le llegan del colegio.

Muestra buenas habilidades sociales, sus padres cuentan que tiene muchos amigos y que la mayor parte del día está sonriente y feliz a pesar de las circunstancias. Pocas veces se queja de la situación, entiende porque está en el hospital.

NECESIDAD NO ALTERADA.

- Recreo.

En el hospital no tiene muchas actividades recreativas.

Algunos días va a la biblioteca o a jugar con los payasos cuando visitan el hospital.

Se relaciona con muchos amigos, no existiendo riesgo social. En la habitación tiene colgados dibujos que le trajeron sus amigos del colegio. De la misma manera ella hizo un dibujo para que se colgara en clase.

Es una niña muy divertida y siempre que entras a visitarla esta haciendo algo con bolígrafo y papel.

NECESIDAD NO ALTERADA.

- Aprendizaje.

Paciente y familia se encuentran en un momento de desconocimiento de la enfermedad con inquietud de saber más y más para poder controlarlo.

La familia carece de conocimiento e información sobre el proceso para manejar de forma eficaz su situación de salud, ya que la DM es una enfermedad crónica que va a evolucionar en distintas etapas de la vida.

La paciente refiere interés en aprender sobre su enfermedad.

Intenta adivinar en la tarde/noche el numero de galletas que le tocan o la comida que se va a poder comer.

Un juego que les ayuda a aprender tanto a la familia como a ella a la hora de entender las cantidades y los niveles de glucosa en sangre que se obtuvieron.

Le gusta preguntar el porqué de las cosas.

Esta muy interesada en aprender lo más rápido posible.

NECESIDAD ALTERADA.

00126 Conocimientos deficientes (11).

NOC (12):

1803 Conocimiento proceso enfermedad.

NIC (13):

5602 – Enseñanza: proceso de enfermedad.

- Evaluar el nivel de conocimientos de la paciente sobre la enfermedad.

- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad.

4 Discusión-Conclusión

La importancia del tema a tratar recae en aspectos sociales, políticos, económicos y personales debido al estrés, miedo, dolor y ansiedad que se puede producir en los niños con diagnóstico de debut diabético y en sus familias (14).

Con respecto a lo económico, la OMS estima que un 4-5% de los gastos sanitarios son para aquellas personas que tienen enfermedades crónicas, así como la diabetes. Por lo que estas personas estarían consumiendo a lo largo de la vida de 2 a 5 veces más gastos sanitarios que una persona que no tuviera esta enfermedad (14).

En lo que respecta a aspectos sociales y personales recae el gran impacto en el niño y familia que han sido diagnosticados por diabetes provocando en ellos una limitación en la calidad de vida y el desarrollo funcional. En este caso se habla de un diagnóstico que se ha producido también a la familia debido a que esta es un sistema compuesto por un conjunto de personas que se encuentran en interacción de manera que lo que afecta a uno, afecta a todos (14).

Este evento va a provocar un momento traumático para la familia donde los padres van a crear sentimientos de enojo, culpa y preocupación (14). Por otro lado, los hermanos/s que constituyan parte de esa familia van a crear una situación de incertidumbre y miedo ya que van a tener mayor probabilidad de tener diabetes o al contrario pueden no reaccionar al desconocer la enfermedad o no saber la gravedad de la misma (15).

En los niños donde se produce el propio diagnóstico se suelen encontrar alteraciones psiquiátricas con tendencia a los trastornos adaptativos y afectivos (15). Aunque también va a depender mucho de la edad del niño, de esta manera se diferencian dos peaks de presentación de la enfermedad, de 4 a 6 años y de 12 a 14 (15).

En este momento el niño no va a ser capaz de coger el autocontrol del tratamiento debido a encontrarse en una etapa de desarrollo. Por lo que va a ser la parte parental la que se encargue de coger la responsabilidad de comprender el tratamiento, garantizar su cumplimiento y evitar que se produzcan complicaciones (14).

El apoyo familiar va a ser imprescindible para conseguir una mejor calidad de vida, mayor bienestar, autocuidado y adherencia al tratamiento (14).

Es muy importante conocer las emociones que se van a crear en la familia en el momento del diagnóstico y así desde la enfermería saber abordar mejor el momento de diagnóstico, creando un plan de cuidados centrado en el cuidado emocional de la familia y consiguiendo como resultado mejor adherencia y disminución de las complicaciones en el proceso de la diabetes en el niño (14).

Es tan importante la familia como el niño y más importante aún que nuestras implicaciones sean absolutas. Darnos cuenta de la importancia que tenemos como enfermeras, pero también los riesgos que asumimos solo por no tener tiempo o no querer escuchar a una madre preocupada.

En el desarrollo de mi plan no tuve grandes dificultades debido a que la familia fue muy colaboradora en todo momento. Observé como el plan de cuidados y la perspectiva de abordar las emociones de los padres consiguieron una buena adherencia en la niña y además un cambio de actitud casi radical de unos días a otros gracias al seguimiento de unos objetivos imprescindibles en el cumplimiento del plan enfermero: ofrecer educación para la salud sobre alimentación y tratamiento farmacológico a niños y padres ingresados por debut diabético en la unidad de hospitalización de pediatría y, conocer el impacto familiar ante la enfermedad y las nuevas pautas de alimentación.

En el estudio se observa un aumento de la adherencia y desarrollo de hábitos saludables en el niño cuando aumenta la implicación en diversas actividades como en control de las raciones en la hora de la comida, la realización de sus controles glucémicos o incluso a la hora de decidir que alimentos son lo que deben de tomar y en que raciones (15). Finalmente, el estudio concluye que, debido al origen súbito de la enfermedad, y en un contexto de niñez, la educación se hace compleja tanto por parte del médico, como por parte de los padres y educadores (16).

El papel de la enfermería en su rol como educadora y planificadora de cuidados, se hace esencial en estos casos (16).

Los datos mencionados anteriormente son una imagen plasmada de mi caso con mi paciente en debut diabético.

Una vez que el niño comprendió la enfermedad y se involucró en ella, observé

una disminución tanto de la ansiedad y miedo de los padres, así como una mejor adherencia del niño y disminución de la probabilidad de complicaciones al entender que era necesario ese cambio a hábitos saludables y fue llevado a cabo.

Pero lo más importante de todo el caso es el papel tan importante que tiene el papel de enfermería en un caso tan complejo. Te das cuenta, que planificando y ayudando a planificar a los padres y al niño puedes obtener resultados muy favorecedores para la salud que por el contrario no se hubieran producido.

Se consigue crear finalmente una actitud activa respecto a los cuidados al comprender la gravedad de la situación y el proceso de la enfermedad (16).

Conclusiones

Se ha realizado una valoración de la paciente siguiendo las 14 necesidades de Virginia Henderson donde se han encontrado alteraciones en la necesidad de alimentación, reposo y sueño, mantenimiento de la homeostasis, seguridad y aprendizaje.

Los diagnósticos observados han sido: Riesgo de desequilibrio nutricional; Deterioro del patrón del sueño; Conocimientos deficientes; riesgo de caídas; Riesgo de nivel de glucemia inestable.

Para la resolución de las necesidades alteradas se han llevado a cabo 7 objetivos y 7 intervenciones centradas en la paciente y en su entorno más cercano que nos han permitido mejorar aquellas necesidades que encontrábamos alteradas.

5 Bibliografía

1. Germán SR. Historia de la diabetes. Gaceta Médica de Bilbao. 2007; 30(2).
2. Harreiter J, Roden M. Diabetes mellitus – Definition, Klassifikation, Diagnose, Screening und Prävention. Wiener klinische Wochenschrift. 2019;131(1):6-15.
3. Eizirik DL, Pasquali L, Cnop M. Pancreatic β -cells in type 1 and type 2 diabetes mellitus: different pathways to failure. Nature Reviews Endocrinology. 2020;16(7):349-62.
4. Organization of Teratology Information Specialists (OTIS) Mother To Baby | Fact Sheets [Internet]. Brentwood (TN): Organization of Teratology Information Specialists (OTIS); 1994-. Diabetes gestacional. 2021 Jun. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582730/>
5. Mercedes FF, Longinos AV, Domingo AD, Lorenzo AM, Pilar AP, Concepción CG, et al. Share with Woman. Diabetes Gestacional (Gestational Diabetes). Journal of Midwifery & Women's Health. 2016;61(5):677-8.
6. Henríquez-Tejo Rocío, Cartes-Velásquez Ricardo. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus tipo 1 en niños, adolescentes y sus familias. Revisión de

- la literatura. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2018 Jun [citado 2023 Abr 30]; 89(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000300391&lng=es.
7. Solis-Herrera C, Triplitt C, Reasner C, DeFronzo RA, Cersosimo E. Classification of Diabetes Mellitus. 2018 Feb 24. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, Boyce A, Chrousos G, Corpas E, et al., editors. Endotext. South Dartmouth.
 8. American Diabetes Association. Diagnóstico [Internet]. Diabetes.org. [citado el 21 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://diabetes.org/diagnostico>
 9. Montilla-Pérez M, Mena-López N, López-de-Andrés A. Efectividad de la educación diabetológica sistematizada en niños que debutan con Diabetes Mellitus tipo 1. Index de Enfermería. 2012;21:18-22.
 10. Chamorro M, Martínez IL, Tomás CL. Perfil psicosocial de niños y adolescentes con diabetes mellitus. Boletín de Pediatría. 2002;42(180): 114-9
 11. Herdman TH, Kamitsuru S, Takáo C. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. (12ª edición). Barcelona: Elsevier; 2018.
 12. Taxonomía NOC (nursing outcomes clasification), Moorhead S, Swanson E, Jonhson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en salud. 6º edición. Barcelona: Elsevier; 2018.
 13. Taxonomía NIC. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª edición. Barcelona: Elsevier; 2018.
 14. Ochoa M, Cardoso M, Reyes V. Emociones de la familia ante el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 en el infante. Enfermería Universitaria. 2016;13(1):40-6.
 15. Zúñiga HF, Inzunza C, Ovalle GC, Ventura WT. Diabetes Mellitus Tipo 1 y Psiquiatría Infanto-Juvenil. Revista chilena de pediatría. 2009;80:467-74.
 16. López ÁR, Sampedro PM, Cebrián NM, García AS, Tizne GG, Rey BP. Importancia de la alimentación. Educación de enfermería en el debut diabético. Revista Sanitaria de Investigación. 2021;2(11):89.

Capítulo 104

LACTANCIA MATERNA COMO FACTOR DE PROTECCIÓN MÚLTIPLE

EVA MARÍA ÁLVAREZ CEVIDANES

JAVIER ROMERO PÉREZ

1 Introducción

Según la OMS, la lactancia materna es una de las maneras más eficaces de garantizar la salud y supervivencia de los niños. Se recomienda principalmente durante los primeros 6 meses de vida y se considera el alimento ideal para los lactantes y son numerosos los beneficios que posee, como son el suministro de energía, nutrientes y aporte de anticuerpos. Además de esto, establece una relación de vínculo madre-hijo que no se puede dar de ninguna otra forma, por lo que se considera el método de referencia para la crianza y alimentación de los lactantes. Su producción, por lo general, se inicia desde el momento en el que se expulsa la placenta tras el parto, donde se produce una bajada progesterona y por tanto, nuevas hormonas comienzan a funcionar: la prolactina, insulina e hidrocortisona. La prolactina se encargará de dar la orden y activar a las células productoras de leche para iniciar desde el mismo momento del parto la producción de calostro, que es la leche producida los tres primeros días después del parto, con una alta densidad de proteínas y nutrientes. Tras estos días comenzará a producirse un mayor llenado de los pechos y una mayor producción de leche materna. Son numerosos los estudios que apuntan que la lactancia materna es superior a cualquier leche de fórmula artificial, además de la gran cantidad de beneficios y protección que aporta tanto desde el inicio de la vida hasta de forma progresiva de cara al futuro.

2 Objetivos

Conocer las diferentes enfermedades que se pueden prevenir a través de la lactancia materna

- Identificar beneficios de la lactancia materna en la madre lactante.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Google Scholar, Science Direct y Pubmed para la localización de artículos de interés relacionados con el tema. La búsqueda ha sido realizada durante el mes de Agosto de 2023 y las palabras clave utilizadas según los términos MeSh/DeCS han sido: “breast feeding”/“lactancia materna”; “protective factors”/“factores protectores”.

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras la búsqueda bibliográfica se van a dividir con base en las patologías frente a las que se ha demostrado que existe protección en su desarrollo.

- Enfermedades respiratorias: Las infecciones respiratorias son la primera causa de morbilidad del lactante. Se ha demostrado que aquellos niños que mantienen durante al menos 90 días la lactancia materna exclusiva tienen menor riesgo de contraer infecciones respiratorias que aquellos que la tienen durante menos de ese periodo, por lo que no se vieron beneficios al disminuir su tiempo de toma. Además de ello, se asoció una menor incidencia de asma y enfermedad alérgica durante los 3 primeros años de vida. En otra investigación, se observa que en el segundo trimestre de vida hay casi 3 veces más probabilidad de padecer un proceso infeccioso respiratorio en los niños que no recibieron lactancia materna. En otro estudio en el que participaron 2.602 niños, se analizó la relación entre la duración de la lactancia materna y la morbilidad en las infecciones respiratorias durante el primer año, resultando que el predominio de la lactancia materna durante 6 meses y la toma de lactancia mixta durante el primer año de vida puede reducir la prevalencia de la morbilidad de las enfermedades respiratorias.
- Enfermedades digestivas: Disminución de incidencia y severidad de la diarrea y estreñimiento debido a que la lactancia materna es mucho más fluida que la de fórmula. Además, disminución del desarrollo de enterocolitis necrotizante, enfermedad celíaca y enfermedades inflamatorias intestinales.

- Alteraciones cardiovasculares: En cuanto al bebé, se relaciona con padecer menor obesidad en la infancia y la adolescencia, así como control de presión arterial y colesterol en la edad adulta. Un número cada vez mayor de estudios demuestran que la lactancia materna tiene, tanto a corto como a largo plazo, efectos beneficiosos sobre el sistema cardiovascular materno, pues actúa sobre factores de riesgo, tales como el nivel de lípidos, la obesidad, la presión arterial, la insulina y los niveles de glucosa. Existe evidencia donde se pudo ver un menor riesgo de sufrir hipertensión arterial en mujeres pre menopáusicas, además de menor riesgo de sufrir enfermedades cardíacas coronarias.
- Enfermedades neurológicas: Impacto positivo en el neurodesarrollo, mejorando el coeficiente intelectual y evitando trastornos atencionales o de conducta.
- Sistema inmunológico: En general, para tanto como el bebé como para la madre supone un factor protector del sistema inmunológico, pero cabe destacar que se ha demostrado que las mujeres que dan lactancia materna tienen un menor riesgo de desarrollar cáncer de mama y cáncer de ovario, así como en niños la disminución del riesgo de leucemia.

5 Discusión-Conclusión

Según la bibliografía consultada se han podido observar en diferentes estudios que son numerosos los beneficios y riesgos disminuidos con el aporte de lactancia materna a los niños tras el parto. Se considera el mejor alimento para el crecimiento y desarrollo del bebé en las mejores condiciones. La protección que brinda la lactancia materna es multifactorial y engloba prácticamente todos los sistemas del cuerpo. Se necesita aún más investigación en cuanto al tema para fomentar el apoyo a las madres a la realización de esta práctica y disminuir el abandono, así como desarrollar estrategias en países menos desarrollados donde existen mayores diferencias de salud tanto en madres como en niños. Además, se debe de hacer énfasis en esta práctica desde estructuras superiores, tanto políticas, como económicas y sociales, involucrando a las familias para crear un vínculo sólido que ofrezca toda la protección y respaldo posible en pro de la lactancia. En conclusión, la lactancia materna impacta directamente en la tasa de morbilidad tanto a corto, medio y largo plazo.

6 Bibliografía

1. Campaña MMB, Calvo Rey C, Jimeno Ruiz S, Faustino Sánchez M, Quevedo

Teruel S, Granero MÁM, et al. Lactancia materna y protección contra las infecciones respiratorias en los primeros meses de vida. Isciii.es 2011. https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13n50/04_original2.pdf

(consultado el 26 de agosto de 2023).

2. María JA, Madrid Baños N, García LB, Villar NM, Guisado Barrilao R, Sánchez López AM, et al. Lactancia materna como método para prevenir alteraciones cardiovasculares en la madre y el niño s/f. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8810>.

3. Carratalá Munuera MC, Gascón Pérez E, Raga Ortega M. ¿Es la lactancia materna un factor de protección ante los procesos infecciosos? Estudio de casos y controles. *Aten Primaria* 2005;35:140–5. <https://doi.org/10.1157/13071939>.

4. Cordero-Zumba NB, Romero-Galabay IM, Minchala-Urgiles RE, Ramírez-Coronel

AA, Caizaguano-Dutan MK, Estrella-González M de LÁ, et al. La lactancia materna como alternativa para la prevención de enfermedades materno-infantiles: Revisión sistemática. *Arch Venez Farmacol Ter* 2020;39:941–7.

5. Tirano Bernate DC, Pinzón Espitia OL, González Rodríguez JL. Factores de riesgo y barreras de implementación de la lactancia materna: revisión de literatura. *Rev*

Esp Nutr Humana Diet 2018;22:263–71. <https://doi.org/10.14306/renhyd.22.4.442>.

Capítulo 105

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

LAURA VARGAS BEAMUD

CELIA ARROYO MOLINA

ALBA LÓPEZ MARTIN

NATALIA AMATE ESCABIAS

BLANCA HERRERO ALCAIDE

1 Introducción

Hoy en día, cuando surge un problema de salud, uno siempre quiere ser atendido en el mejor hospital del mundo, por el mejor médico y con las mejores técnicas y tratamientos.

Pero para lograr recibir esa atención de calidad, no nos podemos olvidar también de la importancia que supone el papel del personal de enfermería, que es determinante para manejar cualquier tipo de dolencia.

Se puede decir que la enfermería es una profesión que está enfocada a aquellas personas que tienen una gran vocación de servicio hacia las demás personas, se preocupan por ellas y las atienden y cuidan de la mejor manera posible, llegando a desempeñar un rol muy importante en nuestra sociedad.

El personal de enfermería es aquel personal que se encarga de realizar el cuidado y la atención a todo tipo de personas.

La labor de enfermería en muchas ocasiones varía en función del tipo de necesidades que tenga el paciente que se encuentra en el centro sanitario.

Por repasar de forma genérica, algunas de las funciones que realiza el personal de enfermería son hacer análisis de sangre, curar heridas, hacer exámenes físicos del paciente, entre muchas otras.

También hay que decir que el personal de enfermería realiza la gestión de historiales clínicos.

2 Objetivos

- Dar a conocer cuáles son las funciones de enfermería en el área de cardiología.
- Exponer las características necesarias para los profesionales de esta área.

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 llevado a cabo 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

Entre las funciones de enfermería dentro de la especialización de cardiología se encuentran:

- Examinar al paciente, de manera general, desde las patologías que pueda tener hasta sus necesidades (constantes vitales, temperatura corporal, oxígeno, tensión arterial...)
- Realizará unos cuestionarios médicos para descubrir los síntomas y cualquiera otra cuestión importante.
- Ayudar a los facultativos en sus exploraciones y evaluaciones, además de si fuera necesario alguna cirugía.

- Prestar atención integral al paciente (para así transmitir seguridad), donde podremos incluir la administración de medicación, bien por vía oral o por vía intravenosa.
- Registrar todo lo valorado con anterioridad, además de cualquier cambio en su estado o cualquier curiosidad que observemos y pueda ser relevante para el caso.
- Comprobar que se cumplen las condiciones sanitarias e higiénicas en aquellas áreas que utilizan los pacientes.
- Revisar todos los análisis que solicite el facultativo.
- Ayudar y preparar pruebas especiales que los facultativos hayan prescrito.

Enfermería se encarga de conocer todo lo que sucede en el área de cardiología y en el resto del centro médico o del hospital donde trabaje. Basándonos en este punto, algo a reseñar (e importante para el paciente) es la confidencialidad, cuestión que está impreso en nuestras capacidades como profesionales y en nuestra ética.

Además, es importante la profesionalidad y la discreción ya no solo de los pacientes, sino también de las familias y de los propios compañeros. Al hablar de compañeros queda por ultimar el equipo interdisciplinar o multidisciplinar, todos los profesionales que lo componen deben trabajar concienzudamente para la consecución de un objetivo mutuo: el bienestar y recuperación tanto del paciente y de su familia.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se destaca la importancia de que aquellos/as enfermeros/as que quieran trabajar de manera global en el área de cardiología necesitan una capacitación especial, además de una continua formación. Dentro del área de cardiología se encuentra una materia que merece una capacitación especial en enfermería, que es la insuficiencia cardíaca y aquellas unidades de cuidados críticos agudos cardiovasculares, ya que requiere no solo asistencia sino también educación y empoderamiento a los pacientes para poder evitar recaídas e ingresos, así como la capacidad de detectar arritmias y patologías cardiovasculares además de los dispositivos de asistencia ventriculares.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 106

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NOSOCOMIALES: PRÁCTICAS DE HIGIENE DE MANOS Y SU IMPACTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

JAVIER MARTÍN MACÍAS

FRANCISCO MAROTO ESTRADA

NATALIA MARTÍN MACÍAS

JULIA LERIDA CAMUÑAS

LAURA CAMACHO CUESTA

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una infección nosocomial puede definirse como “una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifestadas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento”

Muchos son los factores que pueden propiciar la infección en los pacientes que se encuentran hospitalizados, tales como el aumento de variedad de procedimientos médicos y técnicas invasivas, pacientes con mayor edad y con más patologías crónicas o la reducción de la inmunidad de dichos pacientes.

Las infecciones nosocomiales son un problema global que afectan tanto a los países desarrollados como a aquellos con recursos limitados. Estas infecciones, adquiridas en centros de atención médica, se encuentran entre las principales causas de muerte y de aumento de contraer una enfermedad en pacientes hospitalizados.

La introducción de prácticas básicas de higiene y el comienzo de la aplicación de tratamientos con antibióticos tuvo un impacto significativo, reduciendo considerablemente la tasa de mortalidad por infecciones de este tipo. Sin embargo, el principal problema añadido a dichas enfermedades es la aparición y la creciente tendencia de los pacientes a crear resistencia a los antibióticos de uso común, debida en su gran parte al consumo abusivo y, ocasionalmente, inadecuado de los antibióticos.

Las infecciones nosocomiales más comunes se dan en las vías urinarias, las heridas quirúrgicas y las vías respiratorias inferiores. Además, en varios estudios, incluido uno de la OMS, queda demostrado que la mayor prevalencia de estas infecciones tiene lugar en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y en pabellones quirúrgicos y ortopédicos donde se atienden enfermedades agudas.

A nivel mundial se han elaborado multitud de programas de seguimiento, control y prevención de las infecciones nosocomiales. Uno de los primeros países en desarrollar estos programas fue Estados Unidos con el proyecto “Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control”, buscando controlar de una manera eficaz estas infecciones.

En España se han desarrollado principalmente dos programas de control y vigilancia de infecciones nosocomiales; el Estudio de la Prevalencia de las Infecciones nosocomiales en España (EPINE) y El Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva (ENVIN-UCI).

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

- Destacar la importancia del problema sanitario tan grande que conllevan las infecciones nosocomiales, prevalencia y etiología de las mismas
- Mostrar y recalcar la importancia del lavado de manos como práctica de higiene básica y fundamental.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, extrayendo la información de artículos científicos on-line de las principales bases de datos enfocadas en el mundo de la salud; Embase, Medline, Pubmed y The Cochrane Library. Las principales palabras claves usadas para la búsqueda de datos han sido; “infección nosocomial” “enfermedades intrahospitalarias” “lavado de manos” “prácticas higiénicas”.

4 Resultados

Las infecciones nosocomiales implican un problema grave y actual del Sistema Sanitario a nivel mundial, siendo declaradas por multitud de estudios realizados mundialmente como una importante causa de morbilidad y mortalidad.

Las infecciones nosocomiales son, por tanto, infecciones contraídas en el hospital durante un ingreso, que ni se había incubado ni manifestado en el momento de la entrada al complejo hospitalario, tienen que haber pasado como mínimo 48 horas para considerar la infección como nosocomial, si ha pasado menos de este tiempo no entra dentro del criterio de inclusión.

Es por ello que el ingreso del paciente provoca el riesgo de que éste padezca una infección nosocomial. A este hecho, se suman otros factores de riesgo que puede poseer el paciente al ingreso que también aumentan la probabilidad de contraer dicha infección, dividiéndose estos factores en función de su origen;

- Factores de riesgo intrínsecos: son aquellas características inherentes del paciente, suponiendo una mayor probabilidad de padecer una infección nosocomial. Los principales factores de riesgo son la edad, habiendo un aumento en la proporción de pacientes mayores de 60 años con infecciones nosocomiales en la última década, que superó el 50% en 2012, y las patologías previas del propio paciente, que pueden llegar a elevar la prevalencia de padecer una infección nosocomial hasta un 12% con respecto a otros pacientes sanos.

-Factores de riesgo extrínsecos: son aquellos factores externos y derivados del proceso de hospitalización. Los principales factores de riesgo extrínsecos son; una intubación, un catéter urinario, un catéter venoso central, un catéter venoso periférico y una intervención quirúrgica, en este orden.

En cuanto a la prevalencia, en los últimos ocho años en España, de media un 8% de los pacientes ingresados han sufrido infecciones nosocomiales. Durante este período de ocho años, no se ha observado una disminución en la incidencia de estas infecciones, ya que el porcentaje de pacientes afectados se ha mantenido constante.

Según la puntuación McCabe, encargada de clasificar las infecciones nosocomiales en enfermedad fatal o no fatal, se determinó que en el periodo abarcado entre 2012 y 2016, la mortalidad de las infecciones nosocomiales supuso aproximadamente un 20%, equivaliendo en la escala de McCabe a enfermedad fatal. Además, dentro de este porcentaje encontramos la mortalidad temprana (menor a un mes), representando finalmente casi un tercio de la mortalidad en el año 2016.

Debido a este gran problema que supone, ya no solo a nivel de salud del individuo, sino también con respecto al coste económico y de infraestructura, los programas de prevención son esenciales en la lucha para prevenir estas infecciones.

En numerosos estudios se ha constatado que el método más eficaz, importante y de menor coste usado en los centros sanitarios para prevenir las infecciones nosocomiales es realizar de manera habitual una correcta higiene de manos, tanto por parte del profesional de la salud como de aquellos que no lo son.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto seis métodos esenciales para que los establecimientos de atención médica mejoren la higiene de las manos y reduzcan la propagación de infecciones nosocomiales:

1. Empleo de desinfectantes de manos.
2. Uso de agua, jabón y toallas desechables.
3. Formación y educación del personal sobre las prácticas adecuadas.
4. Supervisión de las prácticas del personal y retroalimentación sobre su desempeño.
5. Implementación de recordatorios en el lugar de trabajo.
6. Fomento de la higiene de manos y una atención limpia a través de una cultura de limpieza.

La técnica correcta de higiene de manos debe durar entre 40 y 60 segundos, se

debe usar suficiente jabón para cubrir la superficie de la mano en su totalidad y realizar movimientos de fricción por toda la mano, llegando a todas las superficies y partes de la misma.

Para saber cuándo se debe hacer el lavado higiénico de manos, la OMS dio las siguientes recomendaciones;

- Si están visiblemente sucias o contaminadas.
- Antes o después de interactuar con un paciente.
- Antes de llevar a cabo cualquier procedimiento que requiera un ambiente estéril.
- Después de entrar en contacto con sangre y otros fluidos corporales.
- Después de manipular objetos que el paciente haya tocado.
- Después de retirar los guantes.

5 Discusión-Conclusión

Por tanto, las infecciones nosocomiales son un importante y muy grave problema en el ámbito sanitario a nivel mundial, dándose tanto en centros hospitalarios de países desarrollados y con tecnologías muy avanzadas como en países subdesarrollados con recursos menores.

Estas infecciones se encuentran entre las principales causas de muerte y aumento de morbilidad en pacientes hospitalizados, alargando de media la estancia en el hospital entre 4 y 9 días de media con respecto a los pacientes sin dichas infecciones.

Debido a que la prevalencia de dicho problema se mantiene en el tiempo, a la considerable tasa de mortalidad asociada a las infecciones nosocomiales y a que en España estas infecciones las encontramos entre las diez primeras causas de muerte en los últimos diez años, se puede afirmar que supone un importante conflicto para los sistemas de salud.

En cuanto a la higiene de manos, se ha demostrado que la adecuada promoción de una buena técnica de lavado de manos llega a reducir el riesgo de contraer infecciones asociadas a la atención sanitaria, ya que se mantiene como la principal medida para reducir la incidencia y propagación de infecciones nosocomiales aportando, además, un servicio de mayor calidad al usuario.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las infecciones nosocomiales: guía práctica. Ginebra: OMS; 2003.
2. Ducl G, Fabry J, Nicolle L. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica 2ª edición. Organización Mundial de la Salud. 2012.
3. Informe EPINE-EPPS 1990-2015; 2014; 2015; 2016. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH)
4. Mette Koch A, Nilsen Miodini R, Merete Eriksen H, Jane Cox R, Harthug S. Mortality related to hospital-associated infections in a tertiary hospital; repeated cross-sectional studies between 2004-2011. Antimicrob Resist Infect Control.
5. Directrices de la oms sobre higiene de las manos en la atención. Organización Mundial de la Salud. 2005:31 pág.

Capítulo 107

PAPEL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA PERCUTÁNEA LUMBAR

GEMMA FERNANDEZ PARDO

LAURA CLIMENT SUÁREZ

1 Introducción

La columna vertebral está formada por 33 vértebras que subdividen en 5 grupos; siete cervicales, doce torácicas, cinco lumbares, el sacro que resulta de la fusión de cinco vértebras y el coxis. En este caso nos vamos a centrar en describir la porción lumbar, las vértebras se caracterizan por una apófisis transversas largas, unas espinosas más cuadradas y presentan un ligero ángulo inferior.

Las patologías más frecuentes en las vértebras lumbares que requieren cirugía es en primer lugar la hernia discal que se define como el desplazamiento del núcleo, anillo o plataforma más allá de los márgenes del cuerpo vertebral adyacente, resultado a esto provoca una compresión en las raíces nerviosas, lo que da lugar a un dolor persistente. En segundo lugar, la patología más frecuente es la estenosis o estrechamiento del canal, en estos pacientes aparte del dolor aparece hormigueo, entumecimiento de miembros inferiores, estos síntomas se agravan según pasa el tiempo. El tratamiento de este tipo de patologías se ha realizado tradicionalmente a través de cirugía abierta dando una nueva integridad a las estructura. Actualmente se están desarrollando técnicas mínimamente invasivas que aporta muchos beneficios al paciente.

En la actualidad se están desarrollando nuevas técnicas donde se coloca un dispositivo concreto en las vértebras afectas reduciendo al mínimo el daño en el tejido blando.

La cirugía percutánea de columna requiere realizar pequeñas incisiones de entre 8 - 15 mm en la piel del paciente por donde el cirujano va a introducir unas guías y junto con el uso de la imagen intraoperatoria que se consigue a través del fluoroscopio realiza la intervención. Evitar el estrés de tejidos adyacentes, es decir, músculos, tendones y piel es el mejor de los beneficios que aporta el uso de estas técnicas.

Entre las técnicas percutáneas destacan: Fusión vertebral con acceso anterior: ALIF (anterior lumbar interbody fusion). Se trata de una artrodesis por vía anterior, la fusión lumbar intersomática transforaminal: TLIF (transforaminal) lumbar interbody fusion): Técnica que permite la fusión vertebral tanto anterior como posterior del segmento vertebral accediendo desde un lado de la parte posterior, la fusión vertebral intersomática por vía oblicua: OLIF: (Oblique lateral interbody fusion): Supone un abordaje oblicuo por lo que las crestas iliacas no suponen la limitación para acceder a L4 y a L5. Este tipo de técnica solo se puede realizar desde el lado izquierdo y la fusión lumbar posterior: PLIF: (fusion interbody lumbar posterior): Este procedimiento se puede realizar a través de un enfoque abierto o mínimamente invasivo.

2 Objetivos

Entre los objetivos de esta revisión bibliográfica se encuentra describir el desarrollo de una cirugía percutánea lumbar y el trabajo de la enfermera instrumentista dentro del quirófano de traumatología.

3 Metodología

Para el desarrollo de esta revisión bibliográfica se hizo una búsqueda en bases de datos de Medline, Google Scholar además de lectura de protocolos quirúrgicos y guías de materiales de casas comerciales de material quirúrgico de traumatología. Se incluyeron artículos que hablaban de nuevas técnicas quirúrgicas percutáneas y se excluyeron aquellos que hablaban de la cirugía tradicional.

4 Resultados

La enfermera instrumentista comprueba que este todo el material y la esterilidad del mismo, será la enfermera circulante o la enfermera de anestesia siempre que la haya la que de la bienvenida al paciente al quirófano. Siguiendo el Chek

list (anexo 1), o lista de verificación quirúrgica, el cual se realiza en tres tiempos siendo la llegada al quirófano el primero, este formulario esta destinado a la aplicación de medidas preventivas en el procedimiento quirúrgico y va ligado a una disminución de la tasa de mortalidad y otras complicaciones.

En el quirófano del servicio de traumatología debemos conocer todos los accesos y movimientos de la mesa quirúrgica con ello nos aseguramos una posición correcta durante toda la intervención.

Se procederá a la colocación(anexo 2) y para ello será necesario la colaboración de todo el equipo quirúrgico; celador, anestesista, cirujanos y enfermería. Este proceso requiere de coordinación y experiencia por parte de todo el equipo. para llevar a cabo una fusión intersomática lateral extrema (XLIF), se trata de una fusión espinal mínimamente invasiva. La fusión lumbar está diseñada para detener el segmento vertebral donde se encuentra el disco afectado.

Este tipo de sistemas que vamos a describir está indicado en aquellos pacientes donde la maduración esquelética sea 100 % madura. El sistema está diseñado para usarse con un injerto óseo autógeno, es decir, donde el tejido que se va a utilizar sea tomado del mismo individuo durante el periodo de la cirugía, proporciona mejores resultados, entre muchas razones evita la posibilidad de rechazo, o alogénico en este caso se trata de huesos de misma especie y el donante puede ser vivo o fallecidos. El hueso que se injerta esta compuesto por una parte de hueso esponjoso con la finalidad de facilitar la fusión vertebral. Este tipo de dispositivo debe ser usado en pacientes que hayan tenido un tratamiento no quirúrgico al menos en los últimos seis meses y no haya sido efectivo.

Los resultados de este tipo de técnicas son muy alentadores, permiten estabilizar la columna vertebral debido a que las cajas intersomática que se colocan son lo suficientemente anchas como para permitir un apoyo biomecánico mucho mas potente que lo que se realizaba con cualquier otra prótesis.

Se coloca al paciente de cubito lateral y se realiza una pequeña incisión. Se pueden utilizar varias técnicas de incisión a la altura donde tiene la lesión, se trata de un abordaje retroperitoneal transpsoas. Antes de realizar la incisión se realizará un placa de rayos X (RX) para ver que el lugar a intervenir es el adecuado. Este acceso permite una visión antero-lateral que permite la sustitución del mismo y la corrección del plano sagital. Se podrá utilizar este tipo de técnica siempre que la lesión se encuentre entre la cuarta vertebra torácica y la quinta lumbar. Después se pasan la zona muscular a partir de un mapeo fisiológico, este paso se puede realizar cuantas veces sea necesario para evitar en daño en el psoas. En el momento que el cirujano llegue al lugar afecto se extraerá el disco afecto y se procede a colocar el platillo que lo va a sustituir junto con el dispositivo

intersomático y los tornillos de sujeción.

Una vez finalizada la cirugía es labor de la enfermera del quirófano recontar material utilizado, si el conteo es correcto se podrá proceder al cierre.

5 Discusión-Conclusión

Con el paso de los años se han ido desarrollando nuevas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas cuya finalidad es disminuir el traumatismo quirúrgico a la vez que se corrige la patología correspondiente con igual efectividad que lo hacían las técnicas anteriores.

El uso de este tipo de métodos quirúrgicos han resultado muy beneficiosos para el paciente en muchos aspectos. La intervención permite la reparación del daño vertebral evitando el corte muscular y el tiempo intraoperatorio es mucho menor. El dolor postquirúrgico suele estar más controlado que en las cirugías abiertas que se venían realizando tradicionalmente dado que no existe el corte de partes blandas ni la agresión de hueso y apenas existen pérdidas hemáticas. En líneas generales la inserción a la vida habitual es mucho más rápida, por lo que el coste sanitario se ha visto disminuido.

Este tipo de cirugía resulta una técnica segura y fiable a la hora de plantear una cirugía lumbar por vía mínimamente invasiva. La realización de una correcta práctica quirúrgica es imprescindible para disminuir las complicaciones relacionadas con este tipo de abordajes. La elección de estas de cirugías depende de la anatomía de cada paciente y la alteración vertebral junto con la habilidad y experiencia del equipo multidisciplinar. Hay que tener en cuenta que al igual que se requieren cirujanos con práctica para el desarrollo de este nuevo tipo de técnicas es importante que todo el personal de enfermería conozca el material, tanto el común de traumatología como el específico de la casa comercial correspondiente y el desarrollo de las cirugías para que se pueda llevar a cabo la intervención, es decir, conocer aquellas actividades que puedan mejorar la calidad del proceso y además supongan una superación de todos aquellos profesionales que trabajan en el servicio junto con un desarrollo de la profesión y de la seguridad del paciente.

Es de vital importancia partir de una planificación y conocimiento de la técnica ya que entre muchas ventajas acorta el tiempo quirúrgico y te permite adelantarte en la mayoría de los casos a las necesidades del cirujano. A partir de los conocimientos de todo el equipo multidisciplinar del área quirúrgica se pretende crear un ambiente donde el paciente sea el protagonista y quien salga beneficiado de la actividad.

6 Bibliografía

1. Sforsini,C; Capurro, J; Gouveia, M ; Inbelloni, L (2007). Anatomia de la columna vertebral y de la raquis aplicada a la anestesia neuroaxial. Anatomia y fisiología de la anestesia espinal. https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1142/c.pdf.
2. Chang, P.Y; Chang, H. K; Kolcun,j.P.G. ; Wang, M.Y. (2018). Endoscopic Lumbar Interbody Fusion. Lumbar interbody Fusions E-book, 129. <https://exámenes.med-cmc.com/media/archivos/Prolapso%20de%20Disco%20Intervertebral-335907.pdf>.
3. Zárate – Kalfópulos,B; Reyes –Sánchez, A (2006) Injertos óseos en cirugía ortopédica. Cirugía y cirujanos. <https://books.google.es/books>.
4. Surgical Technique guide. Modulus XLIF plate. Nuvasive. Maximum Access surgical platform (MAS) <https://www.nuvasive.com/procedures/spine/xlif-2/>.
5. Surgical Technique. XLIF. Nuvasive. Maximum Access surgical platform (MAS) . <https://www.nuvasive.com/procedures/spine/xlif-2/>.

Capítulo 108

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DEL TEST DE O'SULLIVAN

ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO

1 Introducción

Existen diversos tipos de Diabetes Mellitus, como son la Diabetes Mellitus tipo I, Diabetes Mellitus tipo II y Diabetes Mellitus Gestacional, que son las más comunes.

A lo largo del capítulo se tratará la Diabetes Gestacional, que es una diabetes temporal que se adquiere durante el embarazo debido al aumento de glucosa en sangre (1,2).

La diabetes gestacional es importante detectar por las diversas complicaciones que puede presentar en la gestante y afectarle también al feto. Las complicaciones que pueden aparecer tanto en los bebés como en las madres son (2,3):

Bebes

- Macrosomía, una afección en la que el bebé nace con un peso desproporcionado en comparación al resto de nacidos sin macrosomía.
- Dificultad de respirar.
- Ictericia
- Disminución de glucosa en sangre, además de poder desarrollar obesidad y diabetes.

- Distocia de hombros.
- Muerte intrauterina y muerte fetal.

Madre

- Preeclampsia y traumatismo en el nacimiento.

Para prevenir la diabetes gestacional existen factores modificables que se pueden prevenir y los no modificables que no se pueden prevenir.

Los factores modificables son el aumento del peso durante el embarazo y el estilo de vida de la madre como por ejemplo, los hábitos alimenticios, ejercicio físico, etc. En cuanto a los factores de riesgo no modificables están la edad, raza y antecedentes familiares (4).

2 Objetivos

- Destacar la importancia e incidir en los factores de riesgo modificables para prevenir la diabetes gestacional.
- Describir el test de O'Sullivan para detectar la diabetes gestacional.

3 Metodología

En la búsqueda de artículos científicos se ha utilizado una de las bases de datos científicas más importantes que es Medline.

En la búsqueda científica de los diferentes artículos incluidos se han aplicado siempre los mismos filtros que han sido que los artículos fueran de texto completo y con una antigüedad máxima de 5 años. Así como, se han excluido artículos de pago y artículos que presentaban solo un resumen, entre.

La búsqueda se ha realizado mediante Descriptores de ciencias de la salud en español y traducidos al inglés y con la unión de dos descriptores de ciencias de la salud en inglés mediante la unión de un operador booleano como es el "AND" la búsqueda ha sido más exhaustiva.

También se ha utilizado la base de datos Scielo, aplicando los mismos filtros que se han aplicado en Medline.

4 Resultados

Es importante prevenir la diabetes mellitus gestacional por las diversas complicaciones de la madre y el feto y porque las madres que hayan tenido diabetes en el embarazo tienen 7 veces más probabilidad de desarrollar después una diabetes mellitus tipo II (5).

Por ello, resulta muy importante incidir en los factores de riesgo modificables para prevenir dicha afección. La reducción de estos factores de riesgo se consigue con una buena dieta y ejercicio físico.

En cuanto a la dieta se estudia que es beneficiosa la reducción de hidratos de carbono, sobre todo reducir la ingesta de frutas que presenten demasiado azúcar como el melón, pera, higos, entre otros. También, se debe reducir la ingesta de alimentos procesados y precocinados, bollería y bebidas con azúcar (6).

En cuanto al ejercicio físico salir a caminar es beneficioso para todas las edades y para evitar un aumento de diabetes, entre otras patologías.

¿Cómo se detecta la diabetes gestacional en embarazadas?

En todas las embarazadas el personal de enfermería se encarga de realizar un test denominado Test de O'Sullivan para detectar una posible diabetes gestacional. Dicho test es una sobrecarga oral de glucosa de 50 gramos. Su procedimiento consiste en (7):

- 1) La prueba se realiza a las 10 semanas de gestación si la gestante tiene más de 35 años y a las 24 semanas de gestación si la gestante tiene menos de 35 años.
- 2) Se extrae una analítica a la embarazada y se realiza una glucemia, si la glucemia es mayor o igual a 126 mg/dl no se continuaría el procedimiento de la prueba y se derivaría al médico.
- 3) Si la glucemia realizada es menor a 126 mg/dl se debe entregar a la paciente 50 gramos de jarabe de glucosa oral para que se lo tome y debe esperar una hora sin vomitar el jarabe, si la paciente vomita la prueba quedaría invalidada.
- 4) Por último, a la hora de haber tomado el jarabe de glucosa se le vuelve a extraer analítica a la gestante.
- 5) Si el test de O'Sullivan es positivo se realizaría la curva larga de sobrecarga oral de glucosa de 100 gramos. Esta prueba dura 3 horas donde se extrae analítica

en primer lugar, después la paciente toma un bote de glucosa de 100 gramos, y ésta debe esperar 60 minutos.

Después de los 60 minutos se vuelve a extraer analítica. Dos horas después otra vez y 3 horas después de haber tomado los 100 gramos de glucosa oral se realiza otra analítica. En todo el procedimiento la paciente no debe vomitar, sino la prueba quedaría invalidada.

5 Discusión-Conclusión

En la diabetes mellitus gestacional se produce un aumento de glucosa en sangre. La diabetes mellitus gestacional puede producir diversas complicaciones en la madre y el feto. Las más comunes son la macrosomía en el bebé y en la madre la posible diabetes mellitus tipo II después del embarazo.

Es muy importante incidir en los factores de riesgo modificables como son la dieta y el ejercicio, reduciendo en la dieta sobre todo los hidratos de carbono.

En cuanto a la detección de la diabetes en mujeres embarazadas, el personal de enfermería realiza el Test de O'Sullivan, en caso positivo de éste se realizaría la curva larga de sobrecarga oral de glucosa de 100 gramos.

6 Bibliografía

1. Karavasileiadou S, Almegwely W, Alanazi A, Alyami H, Chatzimichailidou S. Self-management and self-efficacy of women with gestational diabetes mellitus: a systematic review. *Glob Health Action*. 2022 Dec 31;15(1):2087298. doi: 10.1080/16549716.2022.2087298. PMID: 35867537; PMCID: PMC9310944. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9310944/>
2. Griffith RJ, Alsweiler J, Moore AE, Brown S, Middleton P, Shepherd E, et al. Interventions to prevent women from developing gestational diabetes mellitus: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Jun 11;6(6):CD012394. doi: 10.1002/14651858.CD012394.pub3. PMID: 32526091; PMCID: PMC7388385. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7388385/>
3. Haron Z, Sutan R, Zakaria R, Abdullah Mahdy Z. Self-care educational guide for mothers with gestational diabetes mellitus: A systematic review on identifying self-care domains, approaches, and their effectiveness. *Belitung Nurs J*. 2023

- Feb 12;9(1):6-16. doi: 10.33546/bnj.2396. PMID: 37469635; PMCID: PMC10353652. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10353652/>
4. Haghighatdoost F, Riahi R, Safari S, Heidari Z. Dose-response association between dietary patterns and gestational diabetes mellitus risk: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Food Sci Nutr*. 2022 Sep 27;11(1):57-92. doi: 10.1002/fsn3.3042. PMID: 36655080; PMCID: PMC9834857. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9834857/>
5. Raghavan R, Dreibelbis C, Kingshapp BL, et al. Dietary patterns before and during pregnancy and maternal outcomes: a systematic review. *Am J Clin Nutr*. 2019;109(Suppl_7):705S-728S. doi:10.1093/ajcn/nqy216. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30982868/>
6. Hernández, Teri L., Archana Mande y Linda A. Barbour. "Terapia nutricional dentro y más allá de la diabetes gestacional". *Investigación sobre diabetes y práctica clínica* 145 (2018): 39-50. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016882271830370X>
7. TUESCA MOLINA, RAFAEL, et al. "Diabetes gestacional: implementación de una guía para su detección en la atención primaria de salud." *Revista médica de Chile* 147.2 (2019): 190-198. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872019000200190&script=sci_arttext

Capítulo 109

DESGARROS CUTÁNEOS: CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON FRAGILIDAD CUTÁNEA. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

TAMARA CABAÑERO CONTRERAS

MARÍA DOLORES GALLEGOS ROSA

GONZALO ALARCÓN CARRERES

CORAL GARCÍA GUIJARRO

MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA

1 Introducción

La GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas) define el desgarro cutáneo como “la lesión localizada en la piel (no puede afectar a tejidos subyacentes) de origen traumático causada por fuerzas mecánicas, incluidas las originadas por la retirada de adhesivos potentes. La gravedad puede variar según la profundidad, pero con carácter general no se extiende más allá de la dermis e hipodermis”.

Se trata de un tipo de lesión susceptible de presentarse en cualquier tipo de piel y a cualquier edad, pero su prevalencia es especialmente elevada entre la población con fragilidad cutánea.

La fragilidad cutánea se produce por una pérdida de la matriz extracelular, cuya principal molécula afectada es el ácido hialurónico, con afección de las funciones de barrera, mecánicas y de reparación de la piel. Las causas de su aparición son diversas, pero se asocia principalmente a la edad avanzada y a la fotoexposición prolongada.

El hecho de que el envejecimiento sea un factor de riesgo para presentar fragilidad cutánea hace que los desgarros de la piel sean lesiones con una alta prevalencia entre las personas de edad avanzada, incluso hay autores que aseguran que son más frecuentes que las úlceras por presión. Pese a ello, han sido heridas a las que tradicionalmente no se les ha otorgado la importancia que se merecen, por lo que han sido infradiagnosticadas o diagnosticadas erróneamente.

Cuando no se identifican y tratan de forma correcta, tienen alto riesgo de evolucionar a heridas crónicas complejas, con el deterioro en la calidad de vida que esto supone para el paciente y los gastos sanitarios que ello conlleva. Por este motivo, se hace necesario el aumento de la investigación y la continua difusión entre los profesionales sanitarios de la información que se tiene sobre la prevención y tratamiento de los desgarros cutáneos.

En la actualidad, tanto la GNEAUPP, como el ISTAP (Skin Tear Advisory Panel), son los grandes referentes en este tipo de lesiones, y ambos están trabajando para ampliar el conocimiento que se tiene sobre ellas.

2 Objetivos

Conocer los diferentes tipos de desgarros cutáneos que existen, saber clasificarlos de forma correcta y escoger el tratamiento adecuado en función de sus características.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica que incluyó las bases de datos PubMed, Cochrane, Google Académico, ENFISPO y las Guías de Buenas Prácticas de la GNEAUPP y del ISTAP. Se acotó a los últimos 15 años y a lengua Española e Inglesa.

4 Resultados

Los desgarros cutáneos son una de las heridas más comúnmente tratadas en personas de edad avanzada. Pueden presentarse de forma muy diversa dependiendo de la profundidad, la necrosis asociada, la infección, el hematoma subyacente y el tejido viable general que rodea la herida.

Las herramientas de las que disponen los profesionales de la salud para clasificarlos son muy variadas, sin embargo, se hace necesaria la utilización de un sistema estandarizado y validado que permita unificar criterios. Actualmente este sistema es el sistema de clasificación del ISTAP.

Se trata de un método sencillo que clasifica los desgarros cutáneos en función de si existe pérdida total, parcial o ninguna del colgajo de piel:

- Desgarro cutáneo tipo 1: Sin pérdida de piel. Desgarro lineal o en colgajo, donde la solapa de la piel puede reposicionarse para cubrir el lecho de la herida.
- Desgarro de piel tipo 2: Pérdida parcial del colgajo de piel. El colgajo de piel no se puede reposicionar para cubrir totalmente el lecho de la herida.
- Desgarro de piel tipo 3: Pérdida total del colgajo de piel. Pérdida total del colgajo de piel que expone completamente el lecho de la herida.

El tratamiento de los diferentes tipos de desgarros será individualizado, pero tendrá unos objetivos comunes: mantener el colgajo de piel cuando sea viable, conservar el tejido perilesional, aproximar los bordes de la herida (sin estirar la piel), y minimizar el riesgo de infección y daños adicionales.

Existe un algoritmo de decisión de los desgarros de piel que explica cómo proceder. En primer lugar, se debe realizar la valoración de la lesión, controlando el sangrado si hubiese. Después, limpiar la herida y, por último, aproximar los bordes en la medida de lo posible (clasificar y registrar).

Para la elección del tratamiento concreto se atenderá a las condiciones del lecho de la lesión, los bordes y la piel perilesional. En función de ello, podemos escoger el producto adecuado basándonos en la guía creada por el panel ISTAP en 2016. Algunos de estos materiales son:

- Apósitos de malla no adherentes, para mantener el equilibrio de la humedad con distintas cantidades de exudado y retirar el apósito de manera atraumática. Se podrán emplear en los desgarros tipo 1, 2 y 3.
- Apósitos de espuma, cuando la cantidad de exudado sea moderada. Utilizar aquellos que no contengan material adhesivo cuando se disponga de ellos. Se recomiendan en desgarros tipo 2 y 3.
- Hidrogeles, en lesiones secas para aportarles humedad. Se utilizarán en los tipos 2 y 3.

- Alginato de calcio, para desgarros con exudado moderado o abundante. Pueden secar el lecho de la lesión cuando el tipo de exudado sea perjudicial. Tienen capacidad hemostática. Se emplearán en los desgarros tipo 1, 2 y 3.
- Fibras gelificantes, cuando se trate de heridas con exudado de moderado a abundante. Al igual que el anterior apósito, puede secar el lecho de la herida si el exudado no es el apropiado. Se podrán usar en desgarros tipo 2 y 3.
- Apósitos de plata iónica, cuando la herida esté infectada o se sospeche que pueda estarlo. Tienen acción antimicrobiana y no se debe emplear indefinidamente. Se utilizarán en los desgarros tipo 1, 2 y 3.

5 Discusión-Conclusión

Los desgarros cutáneos han sido lesiones tradicionalmente infravaloradas. Pese a que su primera definición fue hace más de 30 años, poco se ha investigado sobre ello desde entonces.

En los últimos años se ha producido un aumento en las investigaciones sobre los desgarros cutáneos. No obstante, sigue siendo insuficiente la información de la que disponemos acerca de su prevalencia, tanto a nivel mundial como en las diferentes áreas asistenciales. Si bien no conocemos los datos exactos, el ISTAP se refiere a los desgarros cutáneos como “el tipo de lesión más frecuente en los ancianos”, lo cual pone de manifiesto la necesidad de ampliar el conocimiento científico, con el fin de crear estrategias y protocolos específicos para el tratamiento y prevención de estas lesiones.

Recientemente los desgarros cutáneos han sido incluidos en el grupo de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD). El hecho de haberlos incorporado en esta categoría se cree que puede repercutir en el aumento de su relevancia y, en consecuencia, en el aumento del interés por realizar estudios que permitan conocer su alcance real y mejorar su abordaje.

6 Bibliografía

1. Moradian S, Klapper AM. A novel way to treat skin tears. *Int Wound J*. 10 de marzo de 2015;13(2):283-6.
2. Bandera García C, Ramírez Sánchez A, Mendoza Granada J. Dermatoporosis o Síndrome de fragilidad cutánea del anciano: revisión narrativa. *Enferm Cuid Rev Científica Ilustre Col Of Enferm Málaga*. 2019;2(3):8-16.
3. Development of a Manual for the Prevention and Treatment of Skin Tears [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.istap.org/>

[//www.hmpgloballearningnetwork.com/site/wounds/article/development-manual-prevention-and-treatment-skin-tears](http://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/wounds/article/development-manual-prevention-and-treatment-skin-tears).

4. Vuorinen M, Ram F. Effectiveness of moisturiser for the prevention of skin tears in older adults residing in long-term care facilities: a clinical review. *Br J Community Nurs*. 1 de septiembre de 2023;28(Sup9):S14-8.
5. Fronzo C. Skin tears: introducing best practice. *J Wound Care*. 2 de febrero de 2022;31(2):121-2.
6. LeBlanc K, Langemo D, Woo K, Campos HMM, Santos V, Holloway S. Skin tears: prevention and management. *Br J Community Nurs*. 1 de septiembre de 2019;24(Sup9):S12-8.
7. Serra R, Ielapi N, Barbetta A, de Franciscis S. Skin tears and risk factors assessment: a systematic review on evidence-based medicine. *Int Wound J*. febrero de 2018;15(1):38-42.
8. LeBlanc K, Baranoski S, Christensen D, Langemo D, Edwards K, Holloway S, et al. The Art of Dressing Selection: A Consensus Statement on Skin Tears and Best Practice. *Adv Skin Wound Care*. enero de 2016;29(1):32.

Capítulo 110

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

NATALIA MARTÍN MACÍAS

FRANCISCO MAROTO ESTRADA

JAVIER MARTÍN MACÍAS

JULIA LERIDA CAMUÑAS

LAURA CAMACHO CUESTA

1 Introducción

La Gastrostomía Endoscópica Percutánea, comúnmente conocida como PEG (acrónimo del inglés Percutaneous Endoscopic Gastrostomy), se refiere a un procedimiento médico crucial en el ámbito de la medicina. Esta técnica implica la inserción de una sonda a través de una abertura creada en la pared abdominal que comunica directamente con la cavidad gástrica, todo ello bajo un estricto control endoscópico.

La razón fundamental para llevar a cabo una PEG es proporcionar un soporte nutricional adecuado en situaciones clínicas en las que la alimentación oral no es factible o segura. Esta necesidad suele surgir cuando los pacientes enfrentan dificultades para ingerir alimentos de manera tradicional durante un período prolongado, generalmente excediendo las tres semanas.

Las indicaciones clásicas para realizar una PEG incluyen trastornos de la alimentación oral derivados de condiciones médicas tales como enfermedades neurológicas degenerativas o vasculares, como la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) o secuelas de Accidente Cerebrovascular (ACV). Además, la PEG se emplea en el tratamiento de neoplasias en la orofaringe y el esófago, traumatismos faciales severos y enfermedades crónicas que comprometen la ingesta oral.

En ocasiones menos comunes, este procedimiento puede ser necesario para aliviar la obstrucción intestinal distal maligna o para administrar medicamentos directamente en el intestino delgado, como es el caso de la terapia con Duodopa.

2 Objetivos

Conocer las distintas situaciones en las que son necesarias la implantación de una PEG en el ingreso hospitalario de un paciente.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica que abarca un amplio espectro de fuentes, tanto en inglés como en español, seleccionadas de diversas bases de datos académicas de renombre, con énfasis en PubMed y Google Académico. El propósito central de esta revisión ha sido analizar en profundidad la PEG y los aspectos relacionados con la atención de enfermería asociados a esta técnica médica fundamental.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda y selección de literatura han sido meticulosamente escogidas: "PEG," "cuidados de enfermería," y "gastrostomía endoscópica percutánea." Esta elección estratégica de términos clave ha permitido acceder a una gama de recursos que ofrecen información precisa y detallada sobre la PEG y la atención de enfermería específicamente relacionada con esta intervención médica.

4 Resultados

Se han seleccionado varios estudios y artículos de las diferentes bases consultadas mediante los cuales se han analizado cuáles eran los principales cuidados de enfermería para aquellos pacientes que presentan la PEG. A continuación, se describen algunos de los cuidados fundamentales:

Mantenimiento de la Sonda: La limpieza de la luz de la sonda se realiza utilizando una gasa empapada en una solución de agua y jabón. Es importante rotar la sonda para prevenir la adherencia y asegurarse de que esté correctamente colocada. Para mantener la permeabilidad de la sonda, se recomienda pasar aproximadamente 50 ml de agua antes y después de administrar alimentación o medicamentos por la sonda. Además, durante la administración de nutrición, es aconsejable que el paciente esté en una posición elevada de 35-40 grados para facilitar el proceso.

Cuidado del Estoma: Se debe realizar una inspección periódica de las áreas circundantes al estoma para detectar posibles irritaciones cutáneas o inflamación. Durante los primeros 15 días después de la colocación de la PEG, se lleva a cabo la limpieza con una gasa estéril, agua tibia y jabón. Luego, se seca cuidadosamente el estoma y se aplica una solución antiséptica, como povidona yodada o clorhexidina. Posteriormente, se coloca una gasa estéril debajo del estoma y se asegura con un apósito estéril.

Higiene Bucal: A pesar de que el paciente no coma por vía oral, es crucial mantener la higiene bucal. Se recomienda realizar la limpieza bucal al menos dos veces al día, utilizando una gasa y un antiséptico bucal diluido. Esto ayuda a prevenir problemas bucales y a mantener la salud oral del paciente.

Estos cuidados de enfermería son fundamentales para garantizar la seguridad y el confort de los pacientes con una PEG. La atención integral y la vigilancia constante de la sonda y el estoma son esenciales para prevenir complicaciones y mantener la calidad de vida de estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Dada la naturaleza de la PEG, que generalmente se considera un procedimiento de baja invasión, las complicaciones mayores son poco frecuentes. Sin embargo, la complicación más comúnmente observada es la infección del estoma, lo que subraya la importancia de una atención de enfermería rigurosa y preventiva.

Es importante realizar controles regulares para evaluar la condición y el funcionamiento de la PEG, lo que ayuda a prevenir la aparición de problemas graves.

La posibilidad de realizar recambios en el entorno del hogar beneficia en gran medida la calidad de vida de los pacientes con PEG y al mismo tiempo reduce los costos asociados con la atención médica. No obstante, es fundamental que el

primer recambio se realice en un ambiente hospitalario, donde se pueda ofrecer una adecuada supervisión y capacitación al paciente y a sus cuidadores, asegurando así una transición segura hacia el autocuidado en el domicilio.

6 Bibliografía

1. Olalla, M. A.(2008).Metodología y tecnica. Manejo de gastrostomias en atencion primaria.SEMERGEN,34, 177–182.<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-metodologia-tecnicas-manejo-gastrostomias-atencion-13119391>.
2. VF Moreira, ALSR 2010.Gastrostomía endoscópica percutánea.Revista Española de Enfermedades Digestivas.,102.https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1130-01082010001000010.
3. FJ García Fernández, ARG 2021. Gastrostomía endoscópica percutánea PEG mediante sistema de introducción directa y pexias gástricas técnica Russell.Sociedad Andaluza de patología digestiva.,44.<https://www.sapd.es/revista/2021/44/4/02>

Capítulo 111

MANEJO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ANTICOAGULADO CON ACENOCUMAROL.

NOELIA VARGAS MUÑOZ

EVA ALONSO MORALES

MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA

NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS

ANA SÁNCHEZ ROSILLO

1 Introducción

Se estima que en España entre las 800.000 – 1.000.000 de personas están tratadas con anticoagulantes orales, siendo el más utilizado el Acenocumarol. Elegido mayoritariamente por su bajo coste. Está indicado principalmente en casos de fibrilación auricular, para la prevención del tromboembolismo venoso, tras haber sufrido un infarto o un ACV y en pacientes portadores de válvulas cardíacas.

Su mecanismo de acción trata de inhibir la activación de los factores de coagulación dependientes de la vitamina K y proteínas C y S. Su tiempo de acción inicia a las 3-4 h y termina a los 48 h, se metaboliza en el hígado y se elimina por vía renal. Su principal efecto adverso es la hemorragia.

Se observa en numerosos estudios que los hombres inician el tratamiento a una edad más temprana (61,5 años) que las mujeres. Se ha encontrado discrepancia

entre estudios en cuanto al género que más frecuentemente precisa el tratamiento anticoagulante.

El tratamiento con Acenocumarol es complejo debido a su estrecho margen terapéutico, la interacción con numerosos fármacos, alimentos, tabaco y alcohol, además de la gran variabilidad individual de respuesta.

El 86,9% de los pacientes anticoagulados en España son pluripatológicos siendo la hipertensión la enfermedad más prevalente (60,1%) seguida de la diabetes (29,9%) y con ello se destaca el aumento de comorbilidad e interacciones farmacológicas.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es actualizar los conocimientos sobre las consideraciones a tener en cuenta en pacientes anticoagulados con Acenocumarol y mejorar el manejo por parte de enfermería en este tipo de pacientes, tanto a nivel de práctica asistencial como a nivel de educación para la salud.

3 Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica partiendo de las palabras: “Paciente anticoagulado, anticoagulantes orales, acenocumarol, enfermería, práctica asistencial, técnicas de enfermería”. Utilizamos motores de búsqueda incluyendo Google académico, Scielo, Pubmed, Dialnet, Elsevier, Cuiden, además de revistas y web científicas como “Science direct, “Enfermería comunitaria”, “Semergen” etc. Se seleccionan estudios observacionales y revisiones en literatura de varios países, de un total de 15 artículos acotando según bibliografía más actual y aportaciones más relevantes a los citados finalmente.

4 Resultados

Se ha demostrado que hay correlación positiva entre la educación del paciente, la adherencia al tratamiento, el mantenimiento de INR en rango y con ello la menor aparición de efectos adversos al tratamiento.

Según un ensayo clínico realizado en la ciudad de Ávila, con 86 pacientes en grupo control y 90 a los que se les aplicó intervención educativa, se demostró que en el grupo experimental hubo disminución del estrés, de las limitaciones diarias, disminución de las alteraciones sociales y aumento del autocuidado con respecto al grupo control.

En otro sentido, varios estudios coinciden en que la toma de la dosis diaria alejada de las comidas favorece que sea óptima, se recomienda como hora ideal entre las 17 y 19 h.

Se ha podido contrastar en varios estudios con la escala Morisky Green que hay un alto grado de adherencia al tratamiento, en torno al 70-80% de los pacientes frente a un 20-32 que confiesan que olvidan alguna toma. También se ha podido ver correlación entre los pacientes que desconocen la indicación y el bajo conocimiento acerca de la medicación, cifra que aumenta cuanto más edad tiene el paciente. Además, existe un gran parte de pacientes que desconocen cómo actuar frente al olvido de una toma y frente a los efectos adversos como la aparición de hematomas/hemorragias.

Finalmente, según resultados de un estudio retrospectivo con más de 900 registros en pacientes de 3 hospitales de la comunidad de Madrid, se demostró que el uso de Acenocumarol a dosis terapéuticas no representaba un incremento de riesgo de sangrado al realizar artrocentesis o infiltraciones; sin embargo, se señala la falta de literatura en técnicas cruentas para comparar resultados, como por ejemplo la técnica de inyección intramuscular, que tanto usamos en nuestro día a día.

5 Discusión-Conclusión

Se pone de manifiesto la importancia el control estrecho del paciente en atención primaria, poniendo en el foco el papel de la enfermería, tanto a nivel de manejo individualizado de los pacientes de consulta como la educación sanitaria del paciente, siendo imprescindible para aumentar la adherencia al tratamiento y el manejo con la alimentación y farmacoterapia en pacientes pluripatológicos, para conseguir el adecuado mantenimiento de los rangos de INR y prevenir la aparición de efectos adversos, debido a la gran variabilidad individual de esta medicación.

En varios de los estudios revisados coinciden en la falta de literatura al respecto y la necesidad de más estudios para contrastar.

6 Bibliografía

1.- Guillen Astete C, Boteanu A, Medina Quiñones C, Garcia Montes N, Roldan Moll F, Carballo Carmano C, et al. ¿Es seguro realizar infiltraciones o aspiraciones articulares en pacientes anticoagulados con acenocumarol? Reumatol Clin.

- 2.- Serna Sotos MC, Huete FY, Mancebo MLH. Efectividad de una intervención enfermera en pacientes anticoagulados con acenocumarol. Revista Enfermería CyL [Internet]. 2020 [citado el 31 de agosto de 2023];12(1):31–42.
- 3.- Valencia LE, Janeiro ES, Gómez MAH, Pérez MTA. ¿Es factible una intervención educativa de enfermería para mejorar el índice internacional normalizado-INR en pacientes anticoagulados? Biblioteca Lascasas
- 4.- Calvo CJG, Pascual MIM, Sáenz MIB, Sáenz MJM, Gutiérrez MCR, Calvo JJG. Tomar la dosis de acenocumarol en ayunas favorece obtener un tratamiento anticoagulante valorado como óptimo. Evidentia
- 5.- Márquez E, Peña NB, Serranía EAGS, Málaga R, Manolo G, Enfermero DS, et al. Guía para el seguimiento Farmacológico Individualizado en Personas con Tratamiento de Anticoagulación Oral (v.2) 2o edición

Capítulo 112

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PSICOSOCIALES DERIVADAS DE LA DIABETES MELLITUS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA

EVA ALONSO MORALES

NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS

ANA SÁNCHEZ ROSILLO

NOELIA VARGAS MUÑOZ

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica por la que el cuerpo es incapaz de regular la cantidad de azúcar en la sangre de una forma eficaz debido a un déficit y/o a un aumento de la resistencia a la insulina, hormona generada en el páncreas. Hay dos tipos fundamentales de esta enfermedad: diabetes tipo I y diabetes tipo II.

Generalmente, la DM tipo I o diabetes insulino dependiente se ha asociado a personas jóvenes, incluso niños y adolescentes, en los que su organismo no produce la cantidad de insulina necesaria; mientras que la DM tipo II o diabetes no insulino dependiente se ha asociado a personas en edad adulta con obesidad, inactividad física, factores genéticos y metabólicos (hipertensión arterial, síndrome de ovario poliquístico, antecedentes familiares de DM, antecedentes personales de diabetes gestacional). Sin embargo, la tendencia está cambiando debido a los cambios que está sufriendo nuestra sociedad hoy en día; cambios por los que la DM tipo II cada vez está siendo más frecuente en edades tempranas como la adolescencia debido al sedentarismo y los hábitos alimenticios poco saludables. También existen otros tipos de diabetes menos comunes como pueden ser la diabetes gestacional, la diabetes insípida, la diabetes tipo MODY.

Además, la adolescencia es una etapa de crecimiento y desarrollo, con múltiples cambios físicos y psicosociales, en la que hay que prestar especial atención para evitar la no aceptación de la enfermedad, la no adherencia al tratamiento, o incluso la exclusión de su grupo de iguales.

Debido a ello y a las complicaciones que puede ocasionar esta enfermedad, es conveniente la intervención enfermera en la prevención, diagnóstico y manejo de esta enfermedad en cualquiera de sus fases.

2 Objetivos

- Conocer sobre la existencia de la diabetes mellitus en adolescentes.
- Identificar el impacto psicosocial que supone padecer diabetes mellitus durante la adolescencia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se realizó una investigación consistente en una búsqueda bibliográfica sistemática sobre la literatura científica publicada hasta la fecha, desde hace 5 años, en las bases de datos PubMed y CINAHL, Medline y Scielo mediante lenguaje libre y lenguaje controlado. Para ello, se han usado las palabras clave “diabetes mellitus”, “adolescentes diabéticos”, “complicaciones de la diabetes”, “impacto psicosocial”. Y los operadores booleanos de búsqueda fueron: AND y OR.

Después se seleccionaron los artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio, facilitando así la organización y estructura de este trabajo.

4 Resultados

El diagnóstico de DM se realiza basándose en una sintomatología clínica que es diferente para cada tipo de diabetes, además de la determinación de glucemia (cantidad de azúcar en sangre) sin olvidarnos de los factores de riesgo (edad, sexo, antecedentes, comorbilidades asociadas).

Los principales síntomas y más comunes de la DM son: polidipsia, aumento de la micción, hiperfagia, astenia, visión borrosa, parestesia tanto en manos como en pies, mala cicatrización de heridas, pérdida de peso sin motivo aparente. Estos síntomas suelen ser de inicio súbito en la DM tipo I, mientras que en la DM tipo II suelen ser de progresión lenta. La Asociación Americana de Diabetes (ADA) establece los siguientes parámetros como indicativos de Diabetes Mellitus: hemoglobina glicosilada mayor a 6.5%, glucemia en ayunas de 8 horas mayor a 126 mg/dl y superior a 200mg/dl 2 horas después de una sobrecarga oral de glucosa, o una glucemia superior a 200 mg/dl en cualquier momento del día si está asociado a alguno de los síntomas ya mencionados.

La DM es una de las patologías crónicas más comunes en niños y adolescentes. Los problemas tales como la ansiedad, depresión o trastornos de la conducta alimentaria sean muy frecuentes en esta etapa tan ardua; lo que dificulta la adherencia al tratamiento (alimentación correcta, actividad física diaria, insulinoterapia, disminuir la comorbilidad) y por consiguiente dificulta el control de los niveles de glucemia.

Su diagnóstico genera un impacto tanto en el adolescente como en su familia, por lo que es fundamental el apoyo por parte de enfermería en este momento para conseguir una mejor adherencia al tratamiento, un mayor conocimiento de la enfermedad, fomentar el autocuidado, mejorar el control glucémico, favorecer la confianza, mejorar la percepción de la salud, entrenar al paciente y su familia en la detección de complicaciones tales como la hipoglucemia y qué hacer si aparece, hacer hincapié en el riesgo del consumo de alcohol y en el riesgo de deterioro de la autoimagen, informar del cambio glucémico que puede ocurrir por los cambios hormonales propios de la adolescencia, informar del fenómeno “luna de miel” (periodo en el que tras unos meses en tratamiento, aparece una regulación de la glucemia incluso con dosis muy bajas de insulina debido a la toxicidad producida en el páncreas y la resistencia a la insulina en los tejidos, precisando una mayor vigilancia).

Dicho diagnóstico afecta, como ya hemos visto, en todos los ámbitos de la vida del adolescente, en especial, en la esfera psicológica, sobre todo por la aceptación y adaptación a su nueva condición de “enfermo crónico”. Es tan importante este

impacto, que aparece en las recomendaciones de las guías clínicas ISPAD Cuidados Psicológicos.

Además, para evaluar estos aspectos existen cuestionarios de calidad de vida pediátrica (PedsOL) con módulo de diabetes que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud. Estos cuestionarios son muy usados y han sido validados en varios idiomas. La puntuación va de 0 a 100 y las puntuaciones más altas indican mayor calidad de vida o menos síntomas relacionados con la DM.

Con estas escalas, se ha visto que la calidad de vida de los adolescentes diabéticos, y los ámbitos social y emocional están asociados a los valores de hemoglobina glicosilada (a mayor valor en este parámetro, menor puntaje en la escala y, por tanto, peor calidad de vida). También se ha podido concluir que, a menor edad del paciente, hay un mayor manejo de la DM, y en la comparación por género se ha visto que el ser mujer está asociado a una peor calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera es una de los profesionales responsables de la educación diabetológica que necesita el adolescente con diabetes, su familia e incluso para su comunidad. Esta educación es fundamental para el entendimiento de la enfermedad y colaborar en el desarrollo de una actitud positiva en cuanto a la implementación de un estilo de vida beneficioso para su condición, lo que favorecerá en la reducción de los niveles de hemoglobina glicosilada y, por tanto, reducirá el riesgo de sufrir complicaciones.

Probablemente, el mayor problema al que nos enfrentemos los profesionales de enfermería frente a los adolescentes con esta patología crónica sea al mantenimiento de un estilo de vida adecuado debido al carácter reivindicativo que suelen tener, junto a la actitud de sus padres que puede ser sobre protectora o, por el contrario, despreocupada. Cualquiera de estas actitudes dificulta la adherencia al tratamiento.

6 Bibliografía

- Fuentes L, Francisca O, Sergio M, Francisca F, López-Alegría F. Impacto en la calidad de vida de los adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. Revista chilena de pediatría. Epub. 2020;91(6):968–81.
- Luque B, Villaécija J, Castillo-Mayén R, Cuadrado E, Rubio S, Tabernero C. Psychoeducational interventions in children and adolescents with type-1 diabetes: A systematic review. Clin Salud [Internet]. 2022;33(1):35–43.

- Rocío Y Cartes-Velásquez R. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus tipo 1 en niños, adolescentes y sus familias. Revisión de la literatura. Revista chilena de pediatría. 2018;89(3):391–8.
- Flores D, Montenegro Morán JX, Macías Gaytán EE, Ángela M, Martinez JL. La diabetes mellitus y diabetes gestacional, en adolescente, en el mundo y en el Ecuador, manejo, prevención, tratamiento y mortalidad. RECIMUNDO. 2023;7(2):33–48.
- Blasco-López G, Bolado-García VE, Del Rosario Rivera-Barragán M, Del Carmen Romero-Valdés L, Silíceo-Viveros ME, Ramírez-González IM. Factores Asociados, Diagnóstico y Estrategias Terapéuticas de la Diabetes tipo 2 en Niños. Revista Salud y Administración. 2021;8(24):33–43.
- Echeverry Urreste AM. Proyecto educativo para la prevención de las complicaciones relacionadas con la diabetes mellitus y su impacto en la adolescencia y sus familias. 2020.

Capítulo 113

LIMPIEZA DE HERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZACIÓN: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARÍA DOLORES GALLEGOS ROSA

CORAL GARCÍA GUIJARRO

TAMARA CABAÑERO CONTRERAS

GONZALO ALARCÓN CARRERES

MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA

1 Introducción

La limpieza de las heridas se considera una parte fundamental en su abordaje. Sin embargo, hay diversa controversia sobre cuál es el método de limpieza más efectivo, las soluciones o combinaciones, su frecuencia entre curas, la presión y la temperatura ideal. Para los profesionales sanitarios, las heridas son un elemento fundamental a tratar en su día a día. La limpieza de estas tiene como finalidad evitar complicaciones como por ejemplo la infección y que ayuda al proceso de epitelización(1).

Las heridas están formadas tras la pérdida de continuidad en la piel de un cuerpo vivo. En el ámbito sanitario se puede definir como una lesión de la piel donde existe compromiso en cuanto a la integridad de cualquier tejido vivo. Las heridas

afectan de forma multidimensional al paciente, por eso los profesionales sanitarios lo deben de abordar de forma integral, teniendo en cuenta la complejidad de estas(2).

Dentro del tratamiento de las heridas se incluye como elemento fundamental la limpieza de la lesión que se va a tratar. Un producto de limpieza ideal debería realizar disminuir notablemente la carga bacteriana que la compone, eliminando la mayoría de los desechos y detritus que existen en ellas, todo ello sin que tenga ningún impedimento en cuanto a la actividad celular que favorece la cicatrización (2).

La limpieza de las heridas se considera fundamental para (1):

- ☒ Evaluar el lecho de la lesión y la zona perilesional y eliminará desechos de origen orgánico
- ☒ Permite reducir la carga necrótica y bacteriana de la lesión
- ☒ La limpieza de la herida y la zona perilesional es primordial para la toma de cultivos
- ☒ La limpieza de las heridas se considera necesaria antes de aplicar terapias avanzadas como injertos, mallas biológicas...etc.

Por todo ello, la limpieza de los distintos tipos de heridas se considera una estrategia que permite eliminar los obstáculos que se pueden presentar durante el proceso de cicatrización (1).

En el presente capítulo se desarrollará esta técnica, con recomendaciones antes distintos tipos de heridas.

2 Objetivos

- Analizar los métodos de limpieza de heridas que existen y valorar los que son adecuados.
- Exponer las actuaciones adecuadas para la correcta actuación de la técnica.
- Describir la temperatura ideal del lavado de heridas.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva a través de una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Para poder realizarla, se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, Scielo y Cochraine, utilizando los descriptores MeSH y DeCS

4 Resultados

Se ha realizado una revisión bibliográfica para cada tipo de heridas (úlceras por presión, úlcera vascular, quemaduras y lesiones traumáticas), obteniéndose diferentes resultados para cada una de ellas.

Los resultados se han dividido según grados de recomendación basados en la escala SIGN a continuación descrito(3):

- Grado de evidencia A, donde se incluye al menos un metaanálisis o revisión sistemática
- Grado de evidencia B (estudios que se han realizado directamente a la población afecta, mostrando un grado de evidencia alto)
- Grado de evidencia C (incluidos estudios aplicables a la población diana y que demuestran consistencia en cuanto a resultados)
- Grado de evidencia D (evidencia extrapolada de estudios clasificados como guías de buenas prácticas recomendadas y que están basadas en la experiencia clínica de los grupos de desarrollo de diferentes guías)

Recomendaciones sobre limpieza en úlceras por presión

La limpieza con soluciones fisiológicas presenta la misma eficacia que la realizada con povidona yodada o con PHMB, al igual que lo hace el agua y las soluciones fisiológicas para el control de la herida con signos de colonización por microorganismos en este tipo de úlceras. La aplicación de soluciones yodadas en úlceras por presión relacionada con un aumento de tiempo en la cicatrización(4). En cuanto al biofilm, se debe tener en cuenta las soluciones con ácido hipocloroso, hipoclorito sódico, PHMB y povidona yodada(5). Se ha descrito que la limpieza de úlceras por presión con presiones entre 4 y 15 libras por pulgada cuadrada, presenta mejores resultados que las comparadas con otros sistemas de presión utilizados(6). Todas las anteriormente descritas con grados de evidencia A.

Recomendaciones sobre limpieza en úlceras venosas

La irrigación con soluciones fisiológicas es efectiva en la limpieza de las úlceras vasculares(7). Se debe evitar el uso de forma rutinaria de antisépticos en la limpieza de dichas úlceras con motivo de su baja especificidad(8). El uso de soluciones como el PHMB, disminuye los signos de inflamación cuando el fomento se combina con la irrigación durante 10 minutos de tiempo mínimo(9). Las presiones que se deben ejercer al limpiar y que son más efectivas en las úlceras vasculares son entre 4 y 15 libras por pulgada cuadrada (6). Todos con grados de evidencia A

Recomendaciones sobre limpieza en heridas producidas por quemaduras

Se recomienda el agua corriente mediante irrigación en la zona de ducha como la solución más económica y fácil para la limpieza de este tipo de heridas, siempre y cuando el agua cumpla con los estándares de calidad de la OMS(10). La limpieza de la quemadura se debe realizar con abundante agua de grifo, o, si se prefiere, con suero fisiológico o agua estéril(11). En cuanto al uso de jabones, desinfectantes y antisépticos, se debe valorar el riesgo beneficio de su utilización, debido a su citotoxicidad(10). También se evitará el uso de antisépticos de forma rutinaria en los casos de infección y después de un desbridamiento quirúrgico o mecánico, para evitar la entrada de bacterias a lesiones limpias y al torrente sanguíneo(12). Recomendaciones sobre limpieza en las lesiones cuyo origen es traumático

La limpieza con suero fisiológico o agua tratada es efectiva en la reducción de la carga bacteriana en este tipo de heridas(13). El uso de agua potable, agua hervida, agua destilada y suero fisiológico para el lavado de heridas traumáticas son también opciones igual de eficaces y que no influyen en las tasas de infección o cicatrización(11). Bajas presiones de lavado (0,46-0,54 psi) son efectivas su limpieza (15).

Todas ellas con grados de evidencia A

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión:

- Una limpieza de calidad de la herida se considera en la actualidad un elemento fundamental en la cicatrización(6).
- Un correcto lavado de la herida se considera primordial para evitar la infección de este tipo de heridas (6).
- El lavado de la herida ayuda a eliminar la mayoría de los detritus, de cuerpos extraños, microorganismos, esfacelos superficiales...etc (16).
- La limpieza de las heridas se recomienda realizar en cada cambio de apósito o cura, adaptándose al intervalo considerado por el profesional sanitario(6). La temperatura con de la solución debe estar entre los 33°C y los 42 °C (17).

6 Bibliografía

1. Hernández AA, Blanco JB, Gil SB, Fierro DC, Cuervo FM. EL PRESENTE DOCUMENTO TÉCNICO DE CONSENSO FUE ELABORADO POR EL PANEL DE EXPERTOS.

2. Muñoz Martín R, Alonso Herrera L, López Layos Ma P, De Gracia De Gracia MA, Quintana López I. Uso de jabón en heridas: encuesta a profesionales sanitarios. *Gerokomos*. diciembre de 2020;31(4):248-55.
3. Baker A, Young K, Potter J, Madan I. A review of grading systems for evidence-based guidelines produced by medical specialties. *Clin Med*. agosto de 2010;10(4):358-63.
4. Norman G, Dumville JC, Moore ZE, Tanner J, Christie J, Goto S. Antibiotics and antiseptics for pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 4 de abril de 2016;2016(4):CD011586.
5. The effects of water compared with other solutions for wound cleansing [Internet]. [citado 19 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.cochrane.org/CD003861/WOUNDS_effects-water-compared-other-solutions-wound-cleansing
6. Murphy C, Atkin L, Swanson T, Tachi M, Tan YK, de Ceniga MV, et al. Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy: wound hygiene. *J Wound Care*. 1 de marzo de 2020;29(Sup3b):S1-26.
7. Borges EL, Frison SS, Honorato-Sampaio K, Guedes ACM, Lima VL de AN, Oliveira OMM de, et al. Effect of Polyhexamethylene Biguanide Solution on Bacterial Load and Biofilm in Venous Leg Ulcers: A Randomized Controlled Trial. *J Wound Ostomy Cont Nurs Off Publ Wound Ostomy Cont Nurses Soc*. 2018;45(5):425-31.
8. O'Meara S, Al-Kurdi D, Ologun Y, Ovington LG, Martyn-St James M, Richardson R. Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 10 de enero de 2014;(1):CD003557.
9. Bellingeri A, Falciani F, Traspardini P, Moscatelli A, Russo A, Tino G, et al. Effect of a wound cleansing solution on wound bed preparation and inflammation in chronic wounds: a single-blind RCT. *J Wound Care*. marzo de 2016;25(3):160, 162-6, 168.
10. Langschmidt J, Caine PL, Wearn CM, Bamford A, Wilson YT, Moiemmen NS. Hydrotherapy in burn care: a survey of hydrotherapy practices in the UK and Ireland and literature review. *Burns J Int Soc Burn Inj*. agosto de 2014;40(5):860-4.
11. Fernandez R, Green HL, Griffiths R, Atkinson RA, Ellwood LJ. Water for wound cleansing. *Cochrane Database Syst Rev*. 14 de septiembre de 2022;9(9):CD003861.
12. ISBI Practice Guidelines Committee, Steering Subcommittee, Advisory Subcommittee. ISBI Practice Guidelines for Burn Care. *Burns J Int Soc Burn Inj*. agosto de 2016;42(5):953-1021.

13. A Trial of Wound Irrigation in the Initial Management of Open Fracture Wounds. *N Engl J Med*. 31 de diciembre de 2015;373(27):2629-41.
14. basir ghafouri H, Zavareh M, Jalili F, Cheraghi S. Is 1% Povidone-Iodine Solution Superior to Normal Saline for Simple Traumatic Wound Irrigation? *Wound Med*. 1 de agosto de 2016;15.
15. Resende MM, Rocha CA, Corrêa NF, Veiga RR, Passos SJ, Novo NF, et al. Tap water versus sterile saline solution in the colonisation of skin wounds. *Int Wound J*. agosto de 2016;13(4):526-30.
16. Advances in wound cleansing an integrated approach - PCDS [Internet]. [citado 19 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.pcdsociety.org/resources/details/advances-wound-cleansing-integrated-approach>
17. McGuinness W, Vella E, Harrison D. Influence of dressing changes on wound temperature. *J Wound Care*. octubre de 2004;13(9):383-5.

Capítulo 114

MECANISMOS DE LA FOSFORILACIÓN OXIDATIVA, IMPORTANCIA DEL ATP SINTASA Y ENFERMEDADES POR EL MAL FUNCIONAMIENTO

MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS

LIRIA CHAMORRO RUFO

SONIA BRICEÑO GARCÍA

SANDRA CASTELLANOS CUEVAS

LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA

1 Introducción

Los mecanismos asociados al proceso de fosforilación oxidativa son una maravilla de la naturaleza. Este proceso resulta esencial para la producción de energía en las células eucariotas, que se genera en su estructura mitocondrial. La hipótesis de la fosforilación oxidativa, inicialmente propuesta por Mitchell (1) representó en su momento una visión innovadora sobre los procesos energéticos mitocondriales, y la investigación sobre los mecanismos que se encuentran involucrados ha resultado un tema fascinante. La enzima denominada ATP sintasa mitocondrial, juega un papel crucial en los mecanismos de fosforilación oxidativa, gestionando la conversión de ADP a ATP usando mecanismos de una complejidad impresionante. Dichos mecanismos riñen con la intuición, en el sentido de

que resultan tan intrincados que parecen haber sido diseñados por mentes expertas en nanotecnología. Pero ciertamente, son una muestra de los niveles a los que la evolución puede llegar. Cuando los mecanismos de la fosforilación oxidativa o el funcionamiento de la ATP sintasa se ven comprometidos, pueden surgir enfermedades asociadas al mal funcionamiento del sistema. Estas enfermedades mitocondriales pueden manifestarse con una amplia variedad de síntomas, ya que los tejidos con alta demanda energética, como el cerebro, los músculos y el corazón, se ven afectados. En este trabajo se ahondará sobre los mecanismos asociados a la fosforilación oxidativa, además de desarrollar una investigación sobre las enfermedades asociadas a trastornos en este mecanismo.

2 Objetivos

Investigar los mecanismos bioquímicos y moleculares involucrados en la fosforilación oxidativa, centrándose en la función y regulación de la ATP sintasa. Analizar las enfermedades asociadas al mal funcionamiento del sistema de fosforilación oxidativa y la disfunción de la ATP sintasa, centrándose en las manifestaciones clínicas, los mecanismos subyacentes y las vías patológicas implicadas.

3 Metodología

Para realizar esta investigación se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas reconocidas, como PubMed, Google Scholar y otras. Se seleccionaron estudios científicos y revisiones relevantes publicados en los últimos 12 años. La información obtenida se analizó y sintetizó para presentarla en este artículo.

4 Resultados

La fosforilación oxidativa es un proceso esencial en las células eucariotas para generar energía en forma de ATP. (1)

A través de una cadena de transporte de electrones en la membrana mitocondrial interna, se produce un gradiente electroquímico de protones. Estos protones se concentran en el espacio intermembrana existente en la mitocondria. El aporte energético que permite la síntesis del ADP a ATP se realiza mediante un flujo de protones, desde el espacio intermembrana de la mitocondria hacia la matriz

mitocondrial. No obstante, la membrana mitocondrial es impermeable, así que en principio este flujo no sería posible. ¿Cómo ocurre entonces ese flujo?

Es aquí donde entra en funcionamiento el ATP Sintasa, un prodigio molecular que permite el aprovechamiento de este potencial energético. El ATP sintasa consta de dos componentes principales: la porción F1 y la porción F0. La porción F1 se encuentra en la matriz mitocondrial y está formada por cinco subunidades diferentes, que se ensamblan en una estructura en forma de cabeza. En cambio, la porción F0 se inserta en la membrana mitocondrial interna. Básicamente, puede decirse que el ATP Sintasa funciona como un túnel que permite a los protones vencer la impermeabilidad de la membrana interna. Ese flujo energético es el que permite la síntesis del ADP a ATP, en un proceso endotérmico que incorpora fosfato inorgánico. Otra de las características peculiares de esta enzima es que estructuralmente funciona como un nanomotor molecular altamente eficiente, para generar el proceso de fosforilación oxidativa (2). A través de una rotación física, convierte la energía química almacenada en un gradiente electroquímico de protones para generar la síntesis del ATP. El mal funcionamiento de los mecanismos de la fosforilación oxidativa y la disfunción de la ATP sintasa pueden dar lugar a diversas enfermedades asociadas. Dichas enfermedades afectan a tejidos con alta demanda energética, como el cerebro, los músculos y el corazón. Ejemplos de estas enfermedades incluyen el síndrome de Leigh, la encefalomiopatía mitocondrial y la neuropatía

óptica hereditaria de Leber. El síndrome de Leigh (3), es un padecimiento neurometabólico poco común y progresivo que afecta principalmente el sistema nervioso central. Este síndrome es hereditario, ocasionado por en genes nucleares o mitocondriales. Además, resulta de manifestación temprana, por lo general antes de los 2 años de edad. Como afectaciones neurológicas comunes, se sabe que este padecimiento afecta particularmente al sistema nervioso central, con síntomas característicos como deterioro cognitivo, retraso en el desarrollo, pérdida de habilidades motoras, debilidad muscular, problemas de coordinación (ataxia), espasmos musculares y dificultad para articular palabras (disartria). También son frecuentes cuadros

2 de epilepsia. A nivel extraneurológico, existen trastornos que provoca el síndrome de Leigh a nivel respiratorio, cardíaco, digestivo y visual. También es frecuente la aparición de dificultades en el proceso de alimentación. En cuanto a su progresión y pronóstico, el síndrome de Leigh resulta una enfermedad progresiva con un pronóstico variable. La velocidad de progresión puede variar significativamente entre los individuos afectados, y en algunos casos puede ser mortal. La encefalomiopatía mitocondrial (4) (5) también es una enfermedad hered-

itaria rara, la cual afecta principalmente al sistema nervioso central y los músculos. Se clasifica como una enfermedad mitocondrial, lo que significa que está asociada con disfunciones en las mitocondrias, las estructuras celulares encargadas de producir energía. A nivel neurológico, la encefalomiopatía mitocondrial produce deterioro cognitivo, retraso en el desarrollo, pérdida de habilidades motoras, convulsiones, debilidad muscular, problemas de equilibrio y coordinación (ataxia) y alteraciones del habla. También existe compromiso muscular asociado a la encefalomiopatía mitocondrial. Los pacientes con este padecimiento pueden experimentar debilidad muscular, fatiga y problemas en la coordinación motora, debido a que los músculos también dependen de la energía producida por las mitocondrias para su correcto funcionamiento. También existen afectaciones multisistémicas asociadas a la encefalomiopatía mitocondrial. Estas afectaciones pueden incluir trastornos oculares, trastornos cardíacos, problemas gastrointestinales, trastornos endocrinos y del sistema inmunológico, además de problemas en el sistema respiratorio. La encefalomiopatía mitocondrial puede ser causada por mutaciones en los genes nucleares o mitocondriales. La herencia puede seguir patrones autosómicos recesivos, autosómicos dominantes o estar relacionada con el ADN mitocondrial. Existe una gran heterogeneidad genética en esta enfermedad, lo que significa que hay múltiples genes involucrados y diferentes mutaciones que pueden causarla. El diagnóstico de la encefalomiopatía mitocondrial se basa en una combinación de síntomas clínicos, hallazgos en imágenes del cerebro, análisis de laboratorio y pruebas genéticas. No hay una cura para esta enfermedad, pero el manejo se enfoca en el tratamiento de los síntomas, el apoyo nutricional, la terapia física y ocupacional, y el control de las complicaciones asociadas. La neuropatía óptica hereditaria de Leber (NOHL) (6) también está relacionado con procesos metabólicos mitocondriales alterados, con afectación primordial en la visión. Se caracteriza por una pérdida rápida y severa de la visión central en uno o ambos ojos por degeneración de la retina. Esta condición es causada por mutaciones en el ADN mitocondrial, con preponderancia en sexo masculino en una proporción de 4 a 1. 3

La NOHL suele presentarse en la adolescencia o en adultos jóvenes, aunque también puede ocurrir en la infancia o en etapas más avanzadas de la vida. Los síntomas iniciales pueden incluir visión borrosa, disminución de la visión en colores y una mancha en el centro del campo visual. La visión periférica generalmente se mantiene, pero la visión central puede deteriorarse significativamente. Además de la pérdida de visión, algunos pacientes pueden experimentar dolor en los ojos, sensibilidad a la luz y una reducción del campo visual. En algunos casos, también pueden presentarse síntomas neurológicos y auditivos. El diagnóstico de la

NOHL se basa en los síntomas clínicos, la historia familiar y las pruebas genéticas para identificar las mutaciones en el ADN mitocondrial. Actualmente, no existe una cura para esta enfermedad, aunque existen resultados prometedores relacionados con técnicas de terapia génica intravítrea.

5 Discusión-Conclusión

La fosforilación oxidativa y la función de la ATP sintasa desempeñan un papel esencial en la producción de energía en las células. El funcionamiento del ATP Sintasa como motor biológico puede resultar herramienta de investigación para el desarrollo de prototipos similares usando nanotecnología. Las enfermedades mitocondriales tienen una asociación íntima con afectaciones genéticas, y también tienen un componente hereditario importante. Las afectaciones asociadas a esta familia de enfermedades pueden tener manifestaciones multisistémicas, tanto en el sistema nervioso central como a nivel respiratorio, cardíaco y en otros sistemas orgánicos.

Un caso particular de sintomatología focalizada asociada a una enfermedad mitocondrial es la neuropatía óptica hereditaria de Leber, que afecta fundamentalmente el área visual. La encefalomiopatía mitocondrial es una enfermedad mitocondrial que se caracteriza por manifestaciones neurológicas y musculares, así como por afectación multisistémica. Es una enfermedad heterogénea en términos genéticos y no tiene cura, por lo que el manejo se enfoca en el tratamiento sintomático y de apoyo. Para diagnosticar y tratar adecuadamente estas enfermedades, es crucial contar con un diagnóstico temprano y preciso.

Aunque aún no hay curas definitivas, se están realizando investigaciones prometedoras, como terapias génicas y enfoques centrados en las mitocondrias, con el objetivo de desarrollar tratamientos más efectivos. Una investigación sistemática con respecto al funcionamiento de los mecanismos de la fosforilación oxidativa, y los factores genéticos y epigenéticos asociados, es fundamental para avanzar en el campo de las enfermedades mitocondriales. Estos conocimientos proporcionarán una base para el desarrollo de terapias más eficaces y brindan esperanza para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. La investigación continúa en este campo es esencial para profundizar nuestra comprensión y abordar los desafíos médicos y científicos asociados con estas enfermedades.

6 Bibliografía

1. Tuena M, García J. La bioenergética, las mitocondrias y la fosforilación oxidativa. *Revista.unam.mx*; 2015, 16 (1): 1-15. Recuperado a partir de <http://www.revista.unam.mx/vol.16/num1/art05/>
2. Cano A, González D. F1-F0-ATP Sintasa y sus diferencias estructurales. *REB* 2011; 30(3): 98-108. Recuperado a partir de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revedubio/reb-2011/reb113b.pdf>
3. Camacho J. Síndrome de Leigh; la vida en una cadena. *ESPACIO ACADÉMICO ESTUDIANTEL*. 2015; 3 (1): 96-99. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-sindrome-leigh-vida-una-cadena->
4. Padín C, Zirulnik E, Abraham C, González E. Encefalomiopatía mitocondrial, acidosis láctica y episodios de accidente cerebrovascular, síndrome de MELAS. Reporte de un caso clínico. *Gac Med Bol* 2015; 38 (1): 1-4.
5. Haasa RRH, Parikhb S, Falkc MJ, Sanetod RP, Wolfe NI, Darinf N, Coheng BH. Enfermedad mitocondrial: abordaje práctico para los médicos de atención primaria. *Pediatrics (Ed esp)*. 2007;64(6):321-8
6. Columbie Y, Santiesteban, R, Hernández Y, Hernández E. Neuropatía Óptica de Leber. *Rev Cubana Oftalmol* 2012; 25 (1):133-144

Capítulo 115

APLICACIÓN DE LA TERAPIA HIPERBÁRICA CON OXÍGENO EN PACIENTES POST ICTUS

VIRGINIA MERINO GARCIA

FRANCISCO LÓPEZ CANO

ALEXANDRA LAZAR

DAVID RONCERO GARCIA

JULIA CASTELLANOS FRANCO

1 Introducción

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, el ACV supuso la tercera causa de mortalidad en España en el año 2020. Dentro de los ACV, el ictus se mantiene en la cima en cuanto a causa de muerte, discapacidad y demencia en ambos sexos [1-2].

El aumento de la expectativa de vida incrementa la incidencia y prevalencia en la aparición del ACV con el paso de los años constituyendo uno de los problemas sanitarios más relevante a nivel de la Salud Pública Mundial [1-2].

El ictus isquémico engloba el 80% de los ACV, distinguido por la falta de oxígeno (O₂) en la zona afectada por la oclusión del flujo sanguíneo. En la actualidad, la trombólisis es el tratamiento establecido [3].

Sin embargo, no es un procedimiento que asegure un pronóstico favorable presenta limitaciones como la ventana terapéutica o la falta de medios. Para solventar dichas dificultades, se han explorado terapias coadyuvantes que pueden demostrar eficacia, siendo una la THBO [3].

La THBO se basa en el manejo de presiones con O₂ 100% puro en diversos intervalos de tiempo. Las indicaciones actuales de la SMSH señalan que los usuarios que son sometidos a dicha terapia deben respirar O₂ 100% puro a presiones mínimas de 2 atmosferas (ATA). Las enfermeras estamos encargadas en la seguridad del paciente y de la aplicación de sesiones, además, si surgiera alguna complicación, estamos altamente capacitadas para actuar [4].

En España, se han establecido alrededor de 9 centros con cámaras multiplaza y 27 centros con cámara monoplaza de THBO por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica (SEMH). Se distribuyen por toda la península, Baleares y Canarias, perteneciendo a centros privados o unidades públicas [5].

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión narrativa es valorar si el tratamiento con la THBO resulta ser eficaz en pacientes que han sufrido un ICTUS isquémico y la actuación de enfermería.

3 Metodología

Se ha revisado la bibliografía existente , a través de la base de datos Google Académico y Web of Science.

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda están relacionadas con: “Terapia hiperbárica con oxígeno”, “ictus”, “isquemia”, “hemorragia”, “Terapia hiperbárica” y “enfermería”.

4 Resultados

El hallazgo principal obtenido de las distintas búsquedas relacionada con el uso de la THBO en pacientes con un ACV se relaciona con la aplicación de criterios de valoración basados en imágenes de tomografía computarizada por emisión de fotón único/tomografía computarizada (SPECT/TC) [6].

Por otro lado, el uso de escalas como la escala National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), escalas de calidad de vida como el EQ-5D y/o el uso de escalas para puntuar las actividades de la vida diaria (Barthel), son esenciales para poder obtener datos objetivos con el fin de estimar la eficacia de dicha terapia [7].

Quedan reflejado datos significativos sobre el puntaje de las escalas antes y después de la aplicación de la terapia hiperbárica con oxígeno [7].

Asimismo, el protocolo de administración de O₂ más utilizado en los artículos seleccionados son 90 minutos de duración a 2 ATA 5 veces a la semana durante 60 días, según la gravedad o la extensión de la isquemia, el intervalo de tiempo en la aplicación de la terapia hiperbárica con oxígeno cambiará, así como, el número de sesiones al día [7].

El uso coadyuvante ha demostrado ser eficaz para tratar los síntomas tras un ACV. Como es el caso de farmacología unida a la terapia hiperbárica con oxígeno. Así mismo, el uso sinérgico de la terapia hiperbárica y la terapia normobárica reflejando un gran potencial para tratar esta patología, como queda reflejado en varios estudios revisados en la bibliografía. [8].

La enfermera especializada en los ambientes hiperbáricos tiene el papel de la supervisión y tratamiento de los pacientes durante la THBO para manejar las dificultades o efectos secundarios, enseñando diferentes técnicas como la maniobra de Valsalva provocada por la diferencia de presiones [8].

5 Discusión-Conclusión

En España, los datos futuros, prevén un incremento paulatino de defunciones a causa de los ACV, así como las consecuencias que ello supone. Teniendo en consideración los datos mencionados, uno de los objetivos primarios debe situarse, tanto en afrontar el modo de reducir los factores de riesgo [9].

El tejido cerebral es el más vulnerable a la hipoxia y el que más riesgo vital presenta. El uso de oxígeno hiperbárico es una medida que, a causa de su seguridad, amplia disponibilidad, buena tolerancia y permeabilidad a través de la barrera hematoencefálica, es una buena estrategia de tratamiento para las áreas afectadas por la reducción del flujo sanguíneo [9].

El uso de THBO puede ser único o ir unido con otras terapias como la farmacología o terapias rehabilitadoras. El manejo coadyuvante ha demostrado ser más eficaz que el uso unitario [10].

La THBO parecer ser un tratamiento indoloro y seguro, pero pueden aparecer algunos efectos adversos en consecuencia a las presiones u 18 otros parámetros. Dentro de los artículos mencionados en resultados, no se evidencian efectos adversos de mal pronóstico [10].

El equipo de enfermería encargado de los pacientes tratados con THBO deben presentar unos conocimientos extensos sobre los aspectos más relevantes a tener en cuenta antes, durante y después de las sesiones con THBO [9].

El campo de la THBO para el tratamiento de patologías es una buena estrategia para futuras investigaciones dentro del ámbito de la enfermería. Por ejemplo, para establecer protocolos unitarios para la aplicación de THBO.

La evidencia científica revisada afirma que tratamiento con la THBO resulta ser eficaz en pacientes que han sufrido ictus isquémico y son candidatos a su aplicación para la recuperación potencial de los síntomas causados por la patología.

6 Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de defunciones según la causa de muerte. Últimos datos. [Internet]. España 2021. [citado 10 oct. 22]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
2. Mijajlovic, M., Aleksic, V., Milosevic, N. et al. Hyperbaric oxygen therapy in acute stroke is it time for Justitia to open her eyes. *Neurol Sci* 41, 1381–1390 (2020) [citado 10 oct. 22]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10072-020-04241-8>
3. González FE, Sáez OA, Russi J, Bonilla P. trombósis. [Internet]. Ene.-jun. De 2018. Volumen 8. Número 1. Pág. 131-143. [Citado 13 ago. 23]. Disponible en: (PDF) Trombósis (researchgate.net)
4. Sociedad Española de Medicina Hiperbárica. Oxigenoterapia Hiperbárica. SEMH [Internet]. España 2021. [citado 13 ago. 23]. Disponible en: Oxigenoterapia Hiperbárica – Sociedad Española de Medicina Hiperbárica | SEMH (xn-sociedadespaolademedicinahiperbarica-2od.org)
5. Sociedad Española de Medicina Hiperbárica. Centros de medicina hiperbárica en España. [Internet]. España 2021. [citado 13 ago. 23]. Disponible en: Centros de Medicina Hiperbárica – Sociedad Española de Medicina Hiperbárica | SEMH (xn-sociedadespaolademedicinahiperbarica-2od.org)

6. Golant H , Makogon B , Volkov O. Et al. Imaging-based predictors for hyperbaric oxygen therapy outcome in post-stroke patients. Report 1. [Internet]. 2020. Volumen 135. [Citado 13 ago. 23] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306987719310825>
7. Efrati S, Fishlev G, Bechor Y, Volkov O, Bergan J. Et al. Hyperbaric Oxygen Induces Late Neuroplasticity in Post Stroke Patients - Randomized, Prospective Trial. [Internet]. 2013. PLoS ONE 8(1): e53716. [Citado 13 ago. 23]. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0053716>
8. Hadanny A, Rittblat M, Bitterman M, May-Raz I. Et al. Hyperbaric oxygen therapy improves neurocognitive functions of post-stroke patients – a retrospective análisis. [Internet] 2020. Rev: Restorative Neurology and neuroscience. Vol.38, N°1. Pag: 93-107. [Citado 13 ago. 23]. Disponible en: Hyperbaric oxygen therapy improves neurocognitive functions of post-stroke patients – a retrospective analysis - IOS Press
9. Chen CH, Chen SY, Wang V, Chen CC, Wang KC, Chen CH, Liu YC, Lu KC, Yip PK, Ma WY, Liu CC. Effects of repetitive hyperbaric oxygen treatment in patients with acute cerebral infarction: a pilot study.[Internet]. 2012 Scientific-WorldJournal. [Citado 13 ago. 23] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3415162/>
10. Hussein O, Sawalha K, Elazim AA. et al. Hyperbaric oxygen therapy after acute ischemic stroke with large penumbra: a case report. Rev: Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg 56, 93 (2020). [Citado 13 ago. 23]. Disponible en: <https://ejnnpn.springeropen.com/articles/10.1186/s41983-020-00225-9>

Capítulo 116

TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO. ENFERMERÍA GERIÁTRICA

FRANCISCO MAROTO ESTRADA

JULIA LERIDA CAMUÑAS

JAVIER MARTÍN MACÍAS

LAURA CAMACHO CUESTA

NATALIA MARTÍN MACÍAS

1 Introducción

El proceso de envejecimiento es un fenómeno universal que afecta a todos los individuos y está influenciado tanto por factores personales como ambientales. Se extiende a través de varios dominios, incluyendo lo biológico, psicológico, social y económico, lo que lo convierte en un fenómeno multidimensional.

A medida que envejecemos, este proceso avanza de manera irreversible y puede ser modulado por nuestro estilo de vida y el entorno en el que vivimos. Se ha demostrado que ciertos factores, como la actividad física, la dieta, la actividad a lo largo de la vida y los hábitos tóxicos, pueden acelerar o retrasar el envejecimiento.

En la actualidad, gracias a la adopción de hábitos más saludables, mejoras en los sistemas de atención médica y el aumento de la calidad de vida, la esperanza de

vida ha aumentado significativamente en todo el mundo. Como resultado, una parte considerable de la población global está envejeciendo.

Dado el crecimiento de la población de personas mayores, es fundamental investigar y desarrollar diversas teorías que aborden el envejecimiento desde una perspectiva biopsicosocial. Estas teorías buscan proporcionar explicaciones sobre el fenómeno del envejecimiento, teniendo en cuenta no solo los aspectos biológicos, sino también los aspectos psicológicos, sociales y económicos que influyen en la experiencia de envejecer. Este enfoque integral es esencial para comprender y abordar adecuadamente los desafíos y oportunidades que presenta la población envejecida en la sociedad actual.

2 Objetivos

Objetivo principal: Revisar y conocer las diversas teorías del envejecimiento y las diferentes perspectivas acerca de un mismo proceso.

Objetivo secundario: Dar visibilidad y aportar el conocimiento necesario que permita saber diferenciar, con precisión, entre las distintas etapas del envejecimiento.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo, hemos realizado una exhaustiva revisión bibliográfica, consultando una amplia gama de recursos académicos disponibles en la materia. Esto incluyó la búsqueda de libros y manuales relevantes, así como la exploración de artículos científicos en revistas digitales y bases de datos especializadas. Entre las fuentes consultadas se encuentran PubMed, Scielo, Medline Plus y Google Académico.

4 Resultados

TEORÍAS BIOLÓGICAS

GENÉTICAS, DETERMINISTAS O NO ESTOCÁSTICAS: Centran el proceso de envejecimiento en el núcleo celular (factores genéticos), es decir, se basan en la invariabilidad del genoma.

- Teoría inmunológica o del debilitamiento inmunológico.

El aumento de la edad genera un deterioro en el sistema inmune, siendo posible la no distinción entre las partes invasoras y las sanas, y la afectación de estas últimas. Esto se asocia a los genes del CMH (complejo mayor de histocompatibilidad) y a la capacidad duplicativa de las células (Hayflick).

- Teoría genética.

Se basa en el hecho de que algunos animales viven más que otros. Además, en la especie humana se considera que la edad a la que fallecieron los padres y abuelos (sin contar las muertes accidentales), es un índice de esperanza de vida de los descendientes.

Por tanto, la teoría genética defiende que, para comprender el envejecimiento es preciso entender el código genético que determina nuestra longevidad.

- Teoría de la evolución o evolucionista.

Parte de la hipótesis de que el envejecimiento es la consecuencia de la evolución y de que éste podría estar programado en los genes para hacer desaparecer a los individuos viejos, quedando así más recursos para los jóvenes, lo cual garantiza una óptima reproducción de la especie.

Destacan los gerotontogenes, incapaces de mantener indefinidamente el equilibrio necesario para una vida saludable.

- Teoría de la mutagénesis intrínseca.

Basada en la fidelidad del material genético de la especie, que aparece en diferentes etapas de la vida y puede perder eficacia dando lugar a mutaciones de carácter negativo.

- Teoría del envejecimiento celular.

Se interesa por la pérdida de información que sufren las células del cuerpo al nivel de la molécula de ADN. Por tanto, esta teoría sostiene que el envejecimiento es el resultado de la muerte de un creciente número de células del cuerpo, pues éste es el responsable de ciertos procesos metabólicos y de reproducción celular.

La reproducción celular no es infinita, sino que éstas sólo pueden sufrir un determinado número de divisiones (Hayflick).

- Teoría del límite de Hayflick.

Se basa en la predeterminación del envejecimiento debido a que el número de divisiones celulares es un número finito. Es decir, en el embrión se producen de 40 a 60 duplicaciones y, conforme avanza la edad, éstas disminuyen, por lo que son inversamente proporcionales a la edad.

AMBIENTALES, NO GENÉTICAS O ESTOCÁSTICAS: Aunque reconocen la importancia del genoma, consideran que el envejecimiento está condicionado por procesos ambientales y celulares.

Se diferencian de las anteriores en que dejan espacio al azar, permitiendo así la posibilidad de que se pueda envejecer de una forma u otra. Protagonismo del genoma unido al ambiente y al azar.

- Teoría del desgaste o estrés.

El esfuerzo continuo y repetido a lo largo de la vida gasta las células y tejidos, es decir, que el cuerpo acaba desgastándose. Sin embargo, el ejercicio físico puede influir en la longevidad, por lo que se habla de actividades de carácter positivo o negativo.

- Teoría de los desechos.

La vida supone la producción de desechos y su eliminación. Con el paso del tiempo se van acumulando cuerpos pigmentados como la lipofusina, encontrada en el interior de las células que, a la larga, afectarán a las funciones celulares.

Otros autores sostienen que la vejez se acompaña de una disminución de la capacidad de eliminación, con la consiguiente acumulación de desechos que perjudican la actividad normal.

- Teorías genético-ambientales.

Establecen la relación azar-genoma como principal responsable.

Están relacionadas con otras teorías ambientales como la mutación somática, la de los radicales libres y la de la redundancia del ADN.

- Regulación génica: determina que hay un equilibrio regido por un conjunto de genes que va a dar lugar al desarrollo y reproducción. El envejecimiento se da cuando la homeostasis se rompe.

- Diferenciación terminal: el metabolismo tiene efectos secundarios sobre la regulación de genes, lo que genera cambios y determina una diferenciación terminal.

- Inestabilidad del genoma: el propio genoma es el responsable del envejecimiento debido a la falta de equilibrio interno, genera mutaciones en el ADN y afecta a la transcripción.

- Teoría de la mutación somática.

Es difícil de diferenciar de otras, ya que también hace referencia a los cambios del ADN o a la transferencia de información genética a todos los niveles.

Postula que agentes externos son los responsables de las alteraciones del código genético que repercuten en la función celular y, por tanto, en la longevidad.

- Teoría del error catastrófico.

Basada en un fallo en la secuencia de la síntesis proteica como consecuencia de errores en la transmisión de la información procedente del ADN.

Presupone que el paso del tiempo es quien genera los fallos de manera automática.

- Teoría de las uniones cruzadas.

La unión intermolecular de proteínas aumenta con la edad. Esta teoría supone que estas uniones cruzadas son la causa del envejecimiento.

Para que estas uniones tengan lugar es necesaria la formación de enlaces covalentes, que generan una desorganización y afección funcional.

Ejemplos: aparición de cataratas, diabetes o esclerosis.

- Teoría del soma desechable.

Teoría sumatoria, pues tiene en cuenta los efectos del envejecimiento en todos los niveles de organización.

Según la teoría, el cuerpo se pone al servicio de las células reproductoras. Se hace una inversión de futuro para asegurar la reproducción. El resto de células somáticas mantienen cierta capacidad de supervivencia hasta que los agentes dañinos externos (radicales libres) vencen su capacidad de recuperación.

- Teoría de los radicales libres de oxígeno.

Es la más representativa, supone que el envejecimiento es la mezcla de la acumulación de los efectos perjudiciales por la reacción oxidativa de radicales libres que se asocian con factores exógenos.

Los radicales libres tienen una reactividad altísima, generando una desorganización y pérdida funcional. Además, la afección es acumulativa.

- Teoría de la restricción calórica.

Una ingesta disminuida va a dar lugar a una mayor longevidad y que aparezcan menos enfermedades, se fundamenta en que a menos metabolismo menos cantidad de oxidantes presentes.

Actualmente se defiende el ejercicio físico como el principal antioxidante

TEORÍAS INTEGRADORAS: Visto lo visto, ninguna teoría explica en su totalidad el proceso de envejecimiento, ni tampoco señala un único responsable, sino que determina una relación entre el ambiente y el genoma. De aquí surgen las teorías y estudios integradores tales como:

- Envejecimiento como hipótesis de daño mitocondrial (1980 Miquel et al.) determina que el envejecimiento celular deriva del daño causado del ADN mitocon-

drial por radicales libres, que genera un bloqueo en la replicación y un gradual daño a la membrana. Se da un descenso de mitocondrias funcionantes, ATP y síntesis proteica.

- Estudio de J.Tabú (1999) relaciona los procesos del genoma con los radicales libres: el gen que actúa como antioxidante es el mismo que acaba siendo responsable del envejecimiento.

TEORÍAS PSICOSOCIALES

SOCIOLÓGICAS: Las primeras teorías sobre el envejecimiento fijaron sus cimientos sobre las aportaciones de las disciplinas psicosociales, las cuales tratan de explicar el envejecimiento en términos de cambios conductuales, en la personalidad y la actitud. Siendo el desarrollo personal un proceso cambiante que dura toda la vida, estas teorías abordan el desarrollo del yo en las distintas fases de la misma y abordan temas como las emociones, la motivación, la personalidad... que influyen en la adaptación a las demandas físicas y sociales.

Por tanto, se estudia la manera en la que los cambios de rol y la condición social dentro de una sociedad afectan a la capacidad de adaptación de personas de edad avanzada en dicho entorno.

- Teoría del medio social (gubrium, 1973)

Esta teoría sostiene que el comportamiento humano en la vejez depende de ciertas condiciones biológicas y sociales. Así mismo, el medio en el que se desenvuelve la persona mayor engloba parte del medio social, obstáculos de naturaleza material que puedan encontrar y las posibilidades que se le ofrecen. Sobre el nivel de actividad de la persona mayor hay una fuerte influencia ejercida por tres factores primordiales, que son: salud, dinero y apoyo social. En la vejez, estos tres factores suelen ser generalmente desfavorables y, por tanto, alteran el grado de satisfacción de la actividad de la persona.

- Teoría de la continuidad (havighurst, neugarten y tobin, 1968)

Basándose en conceptos de psicología, estos autores propusieron que los roles que la persona adopta son influidos por su personalidad, así como la satisfacción personal que estos aportan a su vida. Esta teoría también puede nombrarse como teoría del desarrollo. La teoría de la continuidad sostiene que la personalidad llega al culmen de su desarrollo cuando el individuo llega a una edad avanzada y se mantiene uniforme a lo largo del resto de su vida. Del mismo modo, la forma en la que la persona anciana se adapta a cambios en su salud, cambios socioeconómicos, decide qué actividades va a desempeñar... es decir, las elecciones individuales diferentes, producen respuestas variables al envejecimiento.

Havighurst y col. Identificaron cuatro tipos de personalidad:

- Personalidad estable: se adaptan bien al envejecimiento
- Personalidad acorazada: continúan las actividades y los roles de la edad madura
- Personalidad pasiva-dependiente: manifiestan desinterés por el mundo externo
- Personalidad inestable: son incapaces de afrontar satisfactoriamente el envejecimiento

- Teoría de la subcultura (rose, 1965)

Rose considera que las personas mayores forman una subcultura singular dentro de la sociedad, y aunque esta subcultura separa a las personas de edad avanzada del resto de la sociedad, dicho teórico sostiene que estas personas prefieren relacionarse entre sí. Las personas mayores, debido al declive funcional que acompaña al envejecimiento, tienen una desventaja social respecto a su categoría social y el respeto asociado. Ante esta idea, Rose manifiesta que el grado de salud y de movilidad personal, es más complicado para definir una categoría social, que la profesión, la educación, o por ejemplo, los ingresos.

- Teoría de la actividad

Propone que la continuidad de una ocupación y la participación social son elementos necesarios para lograr una vejez satisfactoria. No se califican las actividades que deben desempeñar.

Las personas que llegan a una edad avanzada y no se van adaptando a esta situación (siendo privados de algunos roles o no estando definidos los nuevos), alcanzan un estado de anomia. Esto se traduce en un individuo inadaptado, alienado, con la situación y consigo mismo. Dicha teoría refiere que este suceso afecta negativamente a la calidad de vida y al autoconcepto percibido por el individuo, y acelera el envejecimiento.

Por tanto, una vejez lograda supone el descubrimiento de nuevos roles sustituyentes de los anteriores, o bien de nuevos medios de conservar los antiguos.

- Teoría de la desconexión

La vejez vista como un proceso de desconexión gradual de la sociedad y las relaciones, deseada y consensuada por la sociedad y las personas mayores.

Existe una delegación de las responsabilidades a las personas jóvenes y ellas tienen tiempo para pensar. Se establece un equilibrio social y como resultado una satisfacción de todos los individuos.

Esta teoría es refutada por varios autores, remarcando que: un elemento clave de una satisfacción vital entre personas mayores es la participación en actividades importantes.

A medida que la población aumenta su esperanza de vida y mejora su salud, se retrasa la edad de jubilación y la ocupación de las personas mayores.

- Teoría de la estratificación por edades.

Basada en el concepto de que la sociedad está estratificada en categoría de edades y generaciones diferentes. Por tanto, los individuos de unas franjas de edades cercanas (cohortes) comparten ideologías, valores, experiencias...etc, similares. Los diferentes cambios socioeconómicos y acontecimientos que sufren los individuos condicionarán la vejez de aquellos que lo sufren, es decir, determinarán la forma de envejecer.

Existen cambios comunes en función a la generación a la que pertenezcas.

La vejez de la sociedad moderna debido a los avances tecnológicos y sanitarios será distinta a la vejez de las sociedades agrarias (se pierde el rol de anciano).

- Teoría de la gerotranscendencia

Propone que las personas que envejecen manifiestan una transformación cognitiva, desde una perspectiva material y racional, desde perspectiva con el universo. Esta transformación presta atención a temas más externos, aceptar una muerte inminente sin temor, las relaciones y desconexión con relaciones anteriores y futuras...etc

Posee relación con la teoría de la desconexión, pero no contempla la desconexión con la sociedad como algo esencial, si no que el grado de participación y actividad es algo voluntario.

Las personas controlan su vida y afrontan los cambios positivos y negativos de una manera personal.

- Teoría de la adaptación del individuo a su ambiente

La APTITUD FUNCIONAL en relación con el ambiente como tema central. Dicha aptitud, depende de las capacidades físicas y mentales del individuo, y las condiciones ambientales.

El grado de competencia varía conforme se envejece, es decir, se van perdiendo facultades y, en consecuencia, capacidad de adaptación al ambiente.

Grado funcional inferior=menos exigencias ambientales.

Esta teoría es eficaz valorando ambientes adecuados para personas mayores con limitaciones funcionales.

A partir de esta teoría, se elaboraron distintos modelos que valoraban el envejecimiento frente al nivel de cuidados necesarios y el lugar de residencia apropiado.

PSICOLÓGICAS:

Tratan de explicar el envejecimiento en lo que respecta a procesos mentales, ex-

presión emocional, actitudes, motivaciones y el desarrollo temperamental; que se definen por el paso de las etapas de la vida.

- Teoría de las necesidades humanas.

Publicada por Maslow en 1954, se fundamenta en que el comportamiento humano guiado por la satisfacción de cinco necesidades básicas: fisiológica, seguridad, amor y pertenencia, autoestima y realización personal; cuya insatisfacción lleva a pensamientos depresivos, de falta de sentido a la vida, etc.

- Teoría del individualismo.

Es una teoría inespecífica a la vida anciana, Jung (1960) propone que el temperamento humano se compone de la identidad del yo y un inconsciente personal y colectivo; y dependiendo del inconsciente desarrollado se establece la modalidad de introversión y extraversión personal, respectivamente.

En el ámbito de la tercera edad, defiende la relación entre envejecimiento y tendencia introvertida como rasgo de un envejecimiento satisfactorio y saludable.

- Teoría del desarrollo de las fases de la personalidad.

Erikson (1963) se fundamenta en el desarrollo individual que se distribuye en ocho fases o etapas vitales. Es esencial cumplir las tareas de la etapa previa antes de pasar a la siguiente.

En la vejez, el periodo vital es conocido como «integridad del yo frente a la desesperación», donde el autor defiende que hay una evaluación de la vida pasada y los logros a fin de encontrar el significado de esta.

- Paradigma del curso vital (desarrollo del ciclo de la vida).

Se desarrolla un nuevo concepto de curso vital, estableciendo la división de la vida en etapas con un desarrollo previsible.

Los cimientos de esta teoría abarcan los roles, relaciones, valores y objetivos que corresponden a cada grupo de edad y el desarrollo y cumplimiento de los mismos como una evolución satisfactoria.

- Teoría de la optimización selectiva con compensación.

Es una teoría de Baltes (1987) que surge del concepto anterior de ciclo de la vida. Defiende la asunción del desgaste morfológico y funcional mediante procesos de selección, compensación y optimización, que facilitan el envejecimiento satisfactorio.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal que tenemos al llegar a la vejez es conseguir una vida satisfactoria durante los últimos años que nos queda, encontrando nuestro lugar correspondiente en la sociedad y adaptándonos, de la mejor forma posible, al deterioro y al cambio de nuestras capacidades vitales.

Hemos visto las diferentes soluciones y puntos de vista que proponen las teorías del envejecimiento, separadas en tres grandes grupos: psicológicas, sociales y biológicas, para la obtención de una vejez plena. Sin embargo, este grado de satisfacción no se podrá alcanzar sin la combinación e integración de las distintas teorías, ya que como hemos podido comprobar, la vejez es un fenómeno multi-etiológico y multifactorial. Debido a que ninguna de las teorías propuestas es completa, es esencial integrar los conocimientos que nos aportan a fin de poder comprender el proceso; al igual que integramos a los cuidados de Enfermería el holismo biopsicosocial.

6 Bibliografía

1. Libro “Enfermería Geriátrica Competencias Asistenciales” Autor/a Kristen L. Mauk editorial Mc Graw Hill (2008). Capítulo 3: Teorías sobre el envejecimiento
2. Libro “Enfermería gerontológica” Autor Patricia A. Tabloski. Capítulo 1: Principios de gerontología.
3. Libro” Conceptos básicos de Geriátrica y gerontología”. Enfermería Geriátrica y gerontológica. Autor/a Misericordia García Hernández, Juan Gómez Salgado y Julia Gallo Estrada. Colección Líneas de especialización en Enfermería Geriátrica y Gerontológica FUDEN (2007). Volumen (1). Capítulo 7: Teorías sociológicas, psicológicas y biológicas del envejecimiento.

Capítulo 117

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA UNA PACIENTE CON MASTECTOMÍA PROFILÁCTICA

FLORENTINA DIANA LAMBRU

ESTHER NAVARRO GÓMEZ

VIRGINIA TAJUELO FLORES

ANA TRUEBA GONZÁLEZ

ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ

1 Introducción

El cáncer actualmente sigue siendo una de las enfermedades más letales a nivel mundial, acabando con la vida de más de 10 millones de personas cada año. Se produce cuando las células normales del organismo sufren una alteración y se convierten en células tumorales. Estas alteraciones se deben a la interacción de factores genéticos de la persona afectada y una serie de factores externos. (1)

El estilo de vida poco saludable y los hábitos nocivos como el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas son considerados factores de riesgo en la aparición de dicha enfermedad (1).

Los tumores más frecuentemente diagnosticados en el mundo en el año 2020 fueron los de mama (que ocupa la primera posición), pulmón, colon y recto, próstata y estómago, todos ellos con más de un millón de casos. (2)

El cáncer se origina por una serie de alteraciones en el crecimiento celular, estas tienen lugar en el ácido desoxirribonucleico (ADN) de las células y se les conoce con el nombre de mutaciones (3).

La mayoría de estas mutaciones se relacionan con el estilo de vida de la persona u otros factores genéticos modificables, pero una pequeña parte tiene un origen hereditario, es decir, se transmite de generación en generación y ya nacemos con ellas en nuestro ADN (3).

Si el ADN de la célula está mutado desencadena genes mutados. Por suerte nuestro organismo cuenta con una serie de genes que controlan el correcto crecimiento celular (protooncogenes). Si estos sufren una mutación ya no son capaces de ejercer su función de forma adecuada y esto se relaciona con el desarrollo del cáncer.

Para estos casos el cuerpo cuenta con otros genes que intentan frenar el crecimiento celular o lo disminuyen, son un grupo de genes encargados de indicarle a la célula cuando debe morir. Se les conoce como genes supresores de tumores, en esta categoría encontramos los genes BRCA por su nombre en inglés Breast cancer. (3) El gen BRCA 1 se localiza en el cromosoma 17 y el BRCA 2 en el cromosoma 13, y son los encargados de codificar las proteínas supresoras de tumores (4). Por lo tanto si estos sufren una alteración ya no son capaces de frenar el crecimiento celular y la probabilidad de desarrollar un cáncer aumenta.

Todas las personas poseemos estos genes y se transmiten de forma hereditaria, el problema aparece cuando alguno está mutado y se transmite de una generación a otra. Se heredan por medio de un patrón autosómico dominante y con heredar uno de ellos es suficiente para que el riesgo de padecer un cáncer sea superior al resto de la población. Estas mutaciones influyen de manera significativa en la aparición del cáncer de mama sobre todo a edades tempranas. (4).

Para reducir el riesgo de padecer cáncer en las personas portadoras de un gen BRCA existen varias opciones:

Exámenes de detección más rigurosos: a las personas que poseen esta alteración se les da la opción de comenzar con los exámenes de detección a una edad más temprana que al resto de la población, también es frecuente que se realicen de forma más frecuente, además en este grupo se recomienda aparte de las mamografías los exámenes de detección con resonancia magnética nuclear (RMN) (5).

Cirugía reductora de riesgo: consiste en una intervención quirúrgica en la que se elimina la máxima cantidad de tejido en peligro de desarrollar un cáncer, es una cirugía que ayuda a reducir el riesgo (profiláctica). En el caso de los senos puede ser de uno (mastectomía simple) o de ambos (mastectomía bilateral).

Con ella se consigue disminuir de forma considerable el riesgo de cáncer aunque

no totalmente (5). En el caso del cáncer de mama se ha demostrado una reducción en la probabilidad de muerte por esta causa del 56% tras la intervención (6).

Quimio prevención: Consiste en la utilización de fármacos para la prevención del cáncer. Actualmente aún no se sabe cómo de efectivos son los fármacos en la reducción del riesgo en el cáncer de mama pero podrían ser una buena alternativa para las mujeres que no quieren someterse a la cirugía o no pueden. Hoy en día la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha aprobado dos fármacos quimiopreventivos, el tamoxifeno y el raloxifeno (5)

2 Objetivos

1. Valorar cuál de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson se encuentran alteradas
2. Identificar los diagnósticos de enfermería según taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) adecuados para cada necesidad alterada en una mujer sometida a una mastectomía profiláctica.

3 Caso clínico

Mujer de 34 años que ingresa para una intervención quirúrgica, más concretamente una mastectomía bilateral con reconstrucción inmediata. Fue elegida candidata a esta intervención debido a los resultados arrojados en una prueba genética. Esta prueba se le realizó porque varios familiares de primer y segundo grado han padecido la enfermedad a edades muy tempranas con un pronóstico desfavorable.

La paciente da positivo en el gene BRCA2 tras ello se le explican las diferentes alternativas y decide someterse a la intervención quirúrgica.

Con el consentimiento de esta se procede a realizar el protocolo prequirúrgico que corresponde a este tipo de intervención, este fue establecido por el equipo de cirujanos y anestelistas y su finalidad es reducir lo máximo posible el riesgo de infecciones durante y después del procedimiento quirúrgico. En el caso de la mastectomía se le administra un antibiótico de forma profiláctica (amoxicilina 2000 mg/iv y un Ringer Lactato) para ayudar a la reposición hidroelectrolítica durante la cirugía.

La intervención se realiza bajo anestesia general el 31 de octubre a las 11:00 horas, fue la segunda paciente de la mañana.

En el quirófano se realiza una mastectomía profiláctica bilateral (MPB) y una reconstrucción con prótesis directa de 355 cc, también se coge una pequeña muestra

de tejido que se envía al laboratorio para que se le realice una biopsia. El tiempo de la intervención se prolonga a un total de 4 horas.

Tras finalizar la operación la paciente permanece en REA hasta que termina de despertarse de la anestesia y se controla el dolor. Tras un periodo de 2 horas es trasladada a la planta quirúrgica donde permanece ingresada una semana, durante todo el periodo la paciente está acompañada.

Posteriormente se le realiza una valoración de enfermería para detectar que necesidades se encuentran alteradas tras esta y se establecieron una serie de diagnósticos para cada necesidad alterada.

Los diagnósticos de enfermería que se detectaron fueron los siguientes:

- Riesgo de infección de la herida quirúrgica.
- Deterioro del patrón del sueño
- Deterioro de la movilidad física
- Estreñimiento
- Déficit de autocuidado (baño/higiene).
- Riesgo de baja autoestima emocional
- Riesgo de caídas
- Disposición para mejorar el conocimiento

A partir de dichos diagnósticos se establecieron una serie de objetivos e intervenciones para llevarlas a cabo y con ayuda del personal de enfermería se consiguió resolver de forma íntegra más del 90% de los objetivos propuestos.

4 Discusión-Conclusión

Las enfermedades asociadas con mutaciones en BRCA1 y BRCA2 pueden tener diferentes presentaciones clínicas y familiares. Por lo tanto, es importante someter a pruebas moleculares a personas con factores de riesgo específicos, como antecedentes de cáncer de mama en familiares de primer y segundo grado (7).

En el caso de nuestra paciente, al tener antecedentes familiares de cáncer de mama, fue suficiente para someterla a pruebas moleculares (7). Una vez que se obtiene un resultado positivo en la prueba molecular, la elección del método para prevenir la enfermedad puede ser difícil para el paciente. Se ha demostrado que la mastectomía bilateral es actualmente el método más efectivo para reducir el riesgo y la incidencia (8)

Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en la información y apoyo a las pacientes que vienen de familias con un historial importante de

cáncer. Es importante explicarles los riesgos y el abanico de pruebas que existen, acompañándolas en todo el proceso.

Cuando una persona se somete a una prueba para determinar si es portadora de una mutación, experimenta muchas dudas y miedos. Como profesionales, es importante apoyar y exponer los beneficios del procedimiento. Si se obtiene un resultado positivo, es fundamental explicar las diferentes alternativas para reducir el riesgo, exponiendo los beneficios y riesgos de cada una de ellas, y resolver las dudas en cada momento. Los profesionales son los encargados de guiar a la paciente, pero siempre será la paciente la que tome las decisiones.

5 Bibliografía

1. Organización Mundial de la salud. Cancer. Datos y Cifras. Centro de Prensa. (2022) Disponible en URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. (SEOM). "Las Cifras del Cáncer en España 2022." (2022). Disponible en URL: https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESPANA_2022.pdf
3. American Cancer Society . ¿Cómo se origina el cáncer de seno? 2019. Disponible en URL: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/9017.00.pdf>
4. Briceño-Balcázar Ignacio, Gómez-Gutiérrez Alberto, Díaz-Dussán Natalia Andrea, Noguera-Santamaría María Claudia, Díaz-Rincón Diego, Casas-Gómez María Consuelo. Espectro de mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2 asociados a cáncer de mama en Colombia. Colomb. Med. [Internet]. 2017 June [cited 2023 Mar 22] ; 48(2): 58-63. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342017000200058&lng=en
5. Instituto Nacional Del Cáncer. NIH. Mutaciones en el gen BRCA: el riesgo de cáncer y las pruebas genéticas. Disponible en URL: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/genetica/hoja-informativa-brca>
6. National Library of Medicine. NIH. Association of risk-reducing surgery in BRCA1 or BRCA2 mutation carriers with cancer risk and mortality. 2010. Disponible en URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20810374/>
7. Revista de Senología y Patología Mamaria - Journal of Breast Science. Elsevier. Patología del cáncer de mama hereditario, 2001. Disponible en URL: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria-131-articulo-patologia-del-cancer-mama-hereditario-13013628>
8. Mastectomía reductora de riesgo de cáncer de mama en mujeres portadoras de mutación en BRCA1/ BRCA2 frente a otras opciones preventivas– Paula

Cantero Muñoz, Yolanda Triñanes Pego. — Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, avalia-t; Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017. Disponible en URL: <https://www.aetsa.org/download/publicaciones/avalia-t201605MastectomiaProfilactica.pdf>

Capítulo 118

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA

NAIRA CORDERO GUTIÉRREZ

1 Introducción

La fístula arteriovenosa se realiza a través de una anastomosis entre una arteria y una vena, con el fin de arterializar la vena y tras su punción conseguir un flujo adecuado de sangre para realizar la hemodiálisis.

Para llevar a cabo la realización de una fístula se ha demostrado que a través del bloqueo axilar regional se consigue una intervención más exitosa y además baja la tasa de errores primarios en comparación a en aquellos casos que se realiza a través del uso de anestesia local.

Se considera la mejor opción entre otras cosas por el gran aporte de flujo sanguíneo, la facilidad para llevar a cabo la técnica y el bajo riesgo de sufrir complicaciones como infecciones o trombosis.

Por el contrario, presenta algunos inconvenientes como son el largo periodo que se necesita para utilizarla y también su baja tasa de maduración.

En cuanto a las zonas más comunes donde podemos encontrar una fístula están la muñeca (zona radio-cefálica) y el codo (zona húmero-basílica y zona húmero-cefálica).

Dentro de estas zonas es preferible usar como primera opción aquella zona más distal dentro de la extremidad superior no dominante del paciente con el fin de conservar la mayor cantidad posible de segmento cuyas venas puedan ser punccionables.

2 Objetivos

- Descubrir los cuidados que se prestan en diálisis por parte del personal enfermero.
- Enseñar al paciente los principales cuidados derivados de una fistula.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica de la literatura castellana publicada entre los años 2015 y 2020, a través del uso de bases de datos entre las que se destacan: SciElo, Dialnet, Elsevier y Pubmed.

Como palabras clave se usaron: acceso venoso, hemodiálisis y fistula arteriovenosa entre otras.

4 Resultados

- Cuidados generales del paciente fistulizado:
 - Evitar contusiones y golpes en el brazo fistulizado.
 - Restringir la toma de la presión arterial y la extracción de muestras sanguíneas en dicha zona.
 - Mostrar y avisar al personal sanitario cualquier anomalía que se presente entre las que podemos destacar: la presencia de calor y rubor, inflamación o dolor.
 - Evitar el uso de prendas de ropa que se ajusten a la zona de forma excesiva y algunos complementos como pueden ser relojes o bolsos.
- Cuidados en hemodiálisis:
 - Enseñar al paciente a realizar la higiene de la zona de punción con ayuda de agua y jabón.
 - Tener en cuenta la presencia de latido continuo y dilación correcta de la fistula.
 - Explorar aquellas zonas de punción en anteriores visitas con el fin de descartar zonas con presencia de costra, hematomas o que presenten signos de infección.
 - Llevar a cabo la técnica de forma aséptica usando antisépticos, guantes y material adecuado para la punción.
 - Observar la zona de punción tras la realización de la técnica con el fin de evitar sangrados.
 - Eludir la manipulación de la aguja durante el proceso de hemodiálisis.
 - Si tras una primera punción es necesario llevar a cabo una nueva, se dejará la anterior aguja hasta conseguir una punción exitosa y tras esto se hará hemostasia en todas aquellas punciones que no hayan sido exitosas.

Para retirar la aguja se realizará utilizando el mismo ángulo con el que fue colocada.

Para llevar a cabo la hemostasia, se aplicará presión en aquellas zonas deseadas durante unos 10 o 15 minutos de forma continua.

Se usarán apósitos oclusivos para tapar las zonas de punción los cuales se recomienda mantener hasta pasadas unas 24 horas con el fin de evitar nuevos sangrados.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que todo el personal sanitario que guarde relación con pacientes portadores de una fístula arteriovenosa actualicen sus conocimientos de una forma continua y sistemática con el fin de llevarlos a cabo en la práctica clínica y conseguir de este modo la realización de unos cuidados sanitarios correctos y de calidad.

Una parte importante de los cuidados que se prestan al paciente con fístula arteriovenosa es la educación sanitaria del propio paciente lo cual constituye un pilar fundamental a la hora de conseguir y brindar una atención y unos cuidados sanitarios de la forma más correcta posible y así conseguir una óptima atención.

6 Bibliografía

- Fístulas Arterio-Venosas para Hemodiálisis [Internet]. Nefrologiaaldia.org. [citado el 9 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-fistulas-arterio-venosas-hemodialisis-332>
- Victoria Miranda-Camarero M. Cuidados de las fistulas arteriovenosas. Intervenciones y actividades del profesional de enfermería. Diál traspl [Internet]. 2010 [citado el 9 de septiembre de 2023];31(1):12–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-dialisis-trasplante-275-articulo-cuidados-fistulas-arteriovenosas-intervenciones-actividades-S1886284510700059>

Capítulo 119

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL DECÚBITO PRONO EN SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO ASOCIADO A COVID-19

ALEXANDRA LAZAR

DAVID RONCERO GARCIA

FRANCISCO LÓPEZ CANO

JULIA CASTELLANOS FRANCO

VIRGINIA MERINO GARCIA

1 Introducción

A finales de diciembre de 2019, la República Popular China comunicó la aparición de varios casos de neumonía de etiología desconocida en la ciudad de Wuhan. Más tarde se confirmó que se trataba de un nuevo coronavirus denominado SARS-CoV-2. Los contagios se extendieron rápidamente por el país y posteriormente por el mundo (1). Algunos síntomas comunes de esta enfermedad son fiebre, tos y disnea, pero la infección puede provocar cuadros más graves como el síndrome de distrés respiratorio agudo, siendo este la causa principal de mortalidad (2).

En este contexto, la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades

Coronarias, estableció una serie de recomendaciones para el manejo de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda por COVID-19 (2):

- Intubación orotraqueal en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda moderada-grave y/o signos de aumento de trabajo respiratorio.
- Secuencia de intubación orotraqueal con inducción rápida.
- Maniobra de decúbito prono (DP) durante las primeras 24h en pacientes con una PaO₂ <150 mmHg.

La colocación del paciente en decúbito prono (tendido boca abajo) es una medida terapéutica complementaria al tratamiento que comenzó a aplicarse en los años setenta y ha demostrado ser beneficiosa, aumentando la oxigenación arterial en pacientes sometidos a ventilación mecánica con fallos respiratorios graves y es una práctica usual en las unidades de cuidados intensivos (3).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Adquirir conocimientos acerca de la técnica de decúbito prono en pacientes con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo asociado a Covid-19.

Objetivo secundario:

- Identificar los eventos adversos secundarios a la posición de decúbito prono en pacientes ingresados en la UCI.

3 Metodología

Esta revisión bibliográfica se ha realizado buscando información en las siguientes bases de datos: Google académico, Scielo y Pubmed.

Para la búsqueda se utilizaron palabras clave: “posición de decúbito prono”, “distrés respiratorio”, “unidad de cuidados intensivos”.

Con la literatura encontrada se realizó una revisión bibliográfica seleccionando los artículos más relevantes acordes al tema de estudio.

4 Resultados

El Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo se caracteriza por la presencia de insuficiencia respiratoria aguda a causa de un edema pulmonar no cardiogénico secundario a un aumento de la permeabilidad capilar pulmonar (4). Este síndrome

presenta una alta incidencia en los hospitales, los datos han aumentado tras la aparición del COVID-19. Cerca del 10% de los pacientes ingresados en la UCI presentan lesiones pulmonares de este tipo (3). El SDRA presenta un elevado índice de mortalidad y un tratamiento dificultoso (4).

En la posición de decúbito prono se coloca a la persona tendida boca abajo con el cuello en posición neutral. Esta estrategia se alterna con periodos de decúbito supino y su objetivo es obtener una mejoría en la oxigenación arterial (3). Diversos estudios confirman una mejoría en los parámetros respiratorios a medida que progresa el tiempo en DP pese a que no existe consenso en la duración óptima de dicha posición. Los datos concuerdan con una mejoría en la PaO_2/FiO_2 durante las horas de DP (2). Colocando al paciente en esta posición, el gradiente de presión transpulmonar se redistribuye permitiendo una mayor expansión pulmonar y un aumento de la entrada de aire. Su inicio precoz es más eficaz y reduce los daños causados por la ventilación mecánica. Se sugiere que, transcurridos 15 días desde el comienzo de su uso, si no existe mejoría adicional se debe finalizar puesto que solo aumenta el riesgo de complicaciones (3). Del mismo modo, si los individuos no muestran al menos una mejoría del 5% de la saturación, se deberá regresar al decúbito supino (5). Es importante realizar gasometrías entre los cambios posturales para observar la variación de los parámetros de interés (4).

Dentro de las contraindicaciones absolutas para la realización de la técnica se encuentran: hipertensión intracraneal no controlada y columna cervical inestable. Algunas contraindicaciones relativas: abdomen abierto, lesión ocular y facial, fractura pélvica, cirugía abdominal reciente, embarazo en el segundo o tercer trimestre y no contar con personal capacitado para la maniobra (5).

Para llevar a cabo la técnica se necesitará el siguiente material: almohadas, sábana, colchón antiescaras, aceites hiperoxigenados, dispositivos de protección dérmica, pomada antiedema ocular, lágrimas artificiales y lubricantes oculares. Será necesaria la participación de al menos 5 profesionales sanitarios para llevar a cabo la técnica puesto que un número menor podría poner en riesgo la seguridad del paciente. Además, se debe comprobar periódicamente el correcto funcionamiento de los accesos venosos y arteriales del paciente, vigilar su integridad cutánea, proteger zona de mayor presión, realizar cambios posturales y revisar la correcta alineación corporal (3).

El giro de DP se debe realizar hacia el lado donde existan menos accesos vasculares facilitando el procedimiento. Se debe cambiar la monitorización electrocardiográfica hacia la espalda del paciente, así como recalibrar los sistemas de pre-

siones invasivas. Del mismo modo, se posiciona la cama en anti-trendelenburg con el fin de reducir el edema facial y periorbital (4).

Sin embargo, existen eventos adversos secundarios a esta práctica. Entre ellos se encuentra el desarrollo de úlceras por presión (frecuentemente localizadas en cara y tórax), edema facial, inestabilidad hemodinámica (2), desplazamientos o retiradas accidentales (tubo endotraqueal, catéteres, sondas) (3), extubación accidental, taponamiento del TOT, broncoaspiración (4).

Los eventos adversos pueden deberse a la dificultad de la técnica y la poca familiaridad con la misma, la inestabilidad de los pacientes y el incremento en la frecuencia de la pronación (2).

5 Discusión-Conclusión

Se corrobora una mejora en los parámetros de oxigenación mediante el uso de la posición de DP en pacientes con SDRA moderado/severo a causa del COVID-19 (2).

La situación del paciente debe ser evaluada de forma individual analizando el riesgo y beneficio de esta terapia (3).

La mayoría de los efectos adversos asociados a esta maniobra son evitables por lo que es de vital importancia establecer protocolos de actuación y formar al personal sanitario con el fin de unificar los cuidados y evitar las complicaciones, aumentando la seguridad del paciente (3).

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental y es el indicado para organizar y dirigir la maniobra, así como prestar los cuidados pertinentes para evitar y disminuir las posibles complicaciones. Por este motivo surge la necesidad de contar con un plan de cuidados específicos para este tipo de pacientes (3).

6 Bibliografía

1. Coronavirus y la pandemia del COVID-19. Rev Med Hered [Internet]. 2020 [27/03/2021]; 31 (2): 125-131. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo/Maguiña>
2. Vargás C, Gastelo Acosta R, Tequen Bernilla A. El nuevo [php?pid=S1018-130X2020000200125&script=sci_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo/Vargás_C_Gastelo_Acosta_R_Tequen_Bernilla_A_El_nuevo_php?pid=S1018-130X2020000200125&script=sci_arttext)
3. Barja-Martínez E, García-González S, Jiménez-García E, Thuissard-Vasallo IJ, Arias-Rivera S, Blanco-Abril S. Decúbito prono en pacientes COVID-19 con

síndrome de distrés respiratorio agudo y ventilación mecánica invasiva. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2022 [14/08/2023]; 34 (2): 80-89. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9595372/>

3. Irurtia Gutiérrez O. Manejo de enfermería en posición decúbito prono. [Internet]. 2021 [14/08/2023]. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/39825/Irurtia%20Gutierrez%2C%20Oihana.pdf?sequence=1>

4. Benítez Canosa MC, Brea Fernández A, Camino Castiñeiras M, Fernández Barral R, Fragua Mariño M, Roca Vázquez J, et al. El decúbito prono en una unidad de cuidados críticos: protocolo y plan de cuidados. *ELSEVIER* [Internet]. 2005 [14/08/2023]; 23 (6): 56-66. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-el-decubito-prono-una-unidad-13076905>

5. Barrantes Morales LF, Vargas Bermúdez MZ. Guía de cuidados de enfermería para el decúbito prono en Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo asociado a Covid-19. *Revista Médica de Costa Rica* [Internet]. 2020 [14/08/2023]; 85 (626). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2020/rmc20629k.pdf>

Capítulo 120

PROYECTO BACTERIEMIA ZERO

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

CARLOS VERA HERVÁS

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

1 Introducción

Las Bacteriemias relacionadas con Catéteres Venosos Centrales (BRC), tienen múltiples entidades (asociadas al catéter, al punto de inserción, al túnel y al bolsillo); pero las más significativas en UCI por su repercusión son las asociadas a catéter. (1)

La BRC es, junto con la neumonía relacionada con la ventilación mecánica, la infección nosocomial más común en los pacientes ingresados en UCI y que la relacionan con una morbilidad y mortalidad significativas. (2)

Se define la BRC desde el punto de vista epidemiológico como una infección del torrente sanguíneo (sin infección localizada) que se desarrolla en un paciente con catéter venoso central (CVC) insertado por lo menos 48 horas antes de la aparición de la bacteriemia. La definición clínica se determina como el hallazgo de al menos un hemocultivo periférico positivo en un paciente con clínica de infección, sin otro origen de la infección, con una punta de catéter o un retrocultivo positivo con mismo gen y antibiograma. (1)

Los factores de riesgo asociado con BRC son: enfermedad grave crónica, trasplante de médula ósea, inmunodepresión (principalmente neutropenia), desnutrición, nutrición parenteral total, BRC previas, edades extremas y pérdida de integridad de los tejidos; las principales causas son: colonización de la piel cercana al punto de inserción, siembra secundaria a bacteriemia y contaminación de la infusión. (1)

Se recomienda expresar la tasa de BRC como el número de bacteriemias relacionadas al catéter por 1000 días de CVC. Este parámetro ajusta el riesgo por el número de días en que el catéter permanece en uso. Según el registro realizado por el Estudio Nacional de Vigilancia de Infecciones Nosocomiales (ENVIN), la tasa de BRC en 2021 en cuanto a las bacteriemias primarias ha sido de 4,4 episodios por 1000 días de CVC, inferior a la del 2020 (6,2 episodios por 1000 días CVC) pero muy superior a la del 2019 (2,5 episodios por 1000 días CVC). (3)

El Proyecto Bacteriemia Zero (BZ) fue el primero de los Proyectos Zero que se implementó en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en el Sistema Nacional de Salud (SNS), con el objeto de prevenir y reducir BRC. De este modo se consiguieron disminuir las tasas de infección por catéter de manera considerable. Estas recomendaciones se deben revisar cada cierto tiempo en base a la mejor evidencia disponible para incorporarlo a la práctica clínica. (4)

En diciembre de 2021 se produjo la actualización del Proyecto BZ, STOP-BRC, donde se implantaron 6 medidas obligatorias sobre la inserción y mantenimiento de CVC basadas en la evidencia: (5)

STOP-BRC

- Higiene adecuada de manos
- Uso de solución alcohólica de clorhexidina en la preparación de la piel
- Uso de medidas de barrera total durante la inserción de los CVC
- Preferencia de la vena subclavia como lugar de inserción
- Retirada de CVC innecesarios
- Manejo higiénico de los catéteres

El incremento de las tasas de infección y la necesidad de incorporar en la práctica clínica la mejor evidencia disponible, justifica la necesidad de actualizar las recomendaciones del proyecto BZ. La infección del torrente sanguíneo adquirida en la UCI y sobre todo asociada al catéter como vía de infección principal, se asocia a una alta tasa de mortalidad. (6) Además un episodio de bacteriemia relacionada con catéter tiene un coste económico para el SNS aproximado de 18.000

€.

2 Objetivos

- Objetivo General planteado según la metodología PICO es revisar y actualizar las recomendaciones para el manejo y la prevención de la Bacteriemia asociada a accesos vasculares en pacientes de UCI.
- Objetivo secundario conocer la aplicación de estas recomendaciones por parte del personal de enfermería, así como los problemas para llevarlas a cabo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática en las principales bases de datos (Pubmed, Cuiden, Scielo, Cochrane Library) de búsqueda bibliográfica y estudios científicos. La búsqueda ha sido de las revisiones sistemáticas y metaanálisis publicadas en los últimos 5 años sobre la temática de estudio. Se realizó la búsqueda en inglés y en español, utilizándose los términos MeSH “Vascular Access Devices”, “Bacteremia”, “ICU”, “Critical Care Nursing” utilizando el operador booleano AND.

Además, se ha utilizado el muestreo en bola de nieve para elegir artículos a partir de los seleccionados en las bases de datos mencionadas anteriormente.

Por otra parte, se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión: o Artículos en inglés y español. o Revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Criterios de exclusión: o Artículos publicados con anterioridad a 2018. o Artículos que no traten sobre el tema propuesto. o No en humanos.

Una vez realizado el correspondiente cribado, se han seleccionado 11 artículos para llevar a cabo el estudio; 7 artículos obtenidos de las bases de datos consultadas y 4 corresponden a los seleccionados siguiendo el muestreo en bola de nieve.

4 Resultados

El primero de los artículos seleccionados ha sido “Compliance of Middle Eastern hospitals with the central line associated bloodstream infection prevention guidelines” de Aloush et al. Realizaron un estudio prospectivo donde se evaluó las tasas de cumplimiento de las pautas de prevención de BRC y la mortalidad relacionada en los hospitales de Medio Oriente. Concluyeron que un mayor cumplimiento de las guías redujo las tasas de infección, así como la mortalidad. Como dato interesante obtuvieron que una reducción del número de camas por enfermera mejoraba la relación enfermera-paciente, así como el cumplimiento de los protocolos de prevención de BRC. (7)

En el estudio “Prevention of central line-associated bloodstream infections: a survey of ICU nurses’ knowledge and practice in China” de Chi et al, se realizó una encuesta descriptiva transversal, donde se evaluaba el conocimiento y la práctica de las enfermeras chinas de UCI de las pautas basadas en la evidencia para la prevención de BRC. La conclusión fue que carecen de conocimiento y práctica basadas en la evidencia para la prevención de la BRC, sobre todo en cuanto al uso de gluconato de clorhexidina al 2%, grupos de reemplazo, precauciones de barrera aséptica máxima, aplicación de apósitos transparentes y retiro de catéteres y la aplicación de instrumentos de fijación sin sutura. Se enfatiza en la necesidad de capacitación para promover la aplicación de medidas de enfermería basadas en evidencia para el manejo de los CVC en China. (8)

En el trabajo de 2021 de Gupta et al., titulado “Bundle approach used to achieve zero central line-associated bloodstream infections in an adult coronary intensive care unit” elaboraron una serie de medidas para la prevención de la BRC; se utilizó un modelo para medir la mejora y los cambios mediante pequeños ciclos de Planificar-hacer-estudiar-actuar. Se redujo significativamente la tasa de BRC con la implementación del paquete de prevención basado en la evidencia y la medición de este por observación directa. (9)

En “Improving Hand Hygiene Practices to Reduce CLABSI Rates: Nurses Education Integral for Success” de Nainan Myatra, se da un enfoque distinto a lo anteriormente planteado al ser el único que analiza el impacto de la educación solo entre las enfermeras, y muestra una reducción en las tasas de BRC junto con una mejora en las prácticas después de la intervención. Además, también se evaluó el impacto de la intervención educativa mediante la realización de un test pre y post intervención que mostró una mejora en el conocimiento de las

medidas de prevención BRC tras la intervención. (10)

En el estudio “Effectiveness of insertion and maintenance bundles in preventing peripheral intravenous catheter-related complications and bloodstream infection in hospital patients: A systematic review” de Ray-Barruel et al., se pretende hacer una evaluación de los paquetes de inserción y mantenimiento de los catéteres venosos para prevenir las complicaciones e infecciones relacionadas con estos dispositivos. Se concluye que no hay una clara efectividad de implementar estos paquetes de inserción y mantenimiento ya que hay una falta considerable de estandarización que permita una comparación significativa. Por todo ello se insta en la necesidad de esta protocolización para reducir las complicaciones e infecciones por catéteres. (11)

En el trabajo de Rosenthal, “Impact of needle-free connectors compared with 3-way stopcocks on catheter-related bloodstream infection rates: A meta-analysis”, se realiza un metaanálisis según el protocolo PRISMA con el objetivo de comparar las tasas de infección del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter en conectores sin aguja frente a llaves de paso de tres vías. Se concluyó que el riesgo de BRC fue estadísticamente mayor con las llaves de paso de tres vías que con los conectores sin aguja. (12)

Dang et al. publican en 2019 su trabajo “Comparative efficacy of 13 antimicrobial dressings and different securement devices in reducing catheter-related bloodstream infections: A Bayesian network meta-analysis” con el objetivo de realizar un metaanálisis comparando la eficacia de diferentes apósitos antimicrobianos para la prevención de BRC y clasificarlos para su consideración práctica. Las conclusiones fueron que el vendaje transparente puede ser la mejor manera de prevenir la BRC. Las suturas y los apósitos de poliuretano con bordes pueden tener el riesgo más bajo de BRC por 1000 días de catéter y que el dispositivo de sujeción sin suturas puede conducir a la incidencia más baja de fallo del catéter. (13)

En el trabajo llevado a cabo en Jordania, “Nurses’ compliance with central line associated blood stream infection prevention guidelines”, se evaluó el cumplimiento de las guías de prevención de BRC relacionadas con el mantenimiento de la vía central y los predictores de cumplimiento por parte de los enfermeros a través de un estudio observacional de carácter descriptivo. Se concluyó que el 70% tenían un cumplimiento de las medidas suficiente, pero la tasa de BRC fue muy variable. Se realizó una regresión logística con 4 variables independientes (años de experiencia, educación previa con BRC, relación enfermera-paciente y

capacidad de camas de la UCI) para investigar los predictores de cumplimiento y se comprobó que la relación enfermera-paciente fue el único predictor significativo. Las enfermeras con una relación enfermera-paciente de 1:1 demostraron un cumplimiento superior a sus contrapartes con una relación de 1:2. (14)

Con respecto al artículo de Villar et al., “¿Se infectan más los catéteres tunelizados para hemodiálisis cuando los pacientes ingresan en el hospital?”, se realiza un análisis retrospectivo de las bacteriemias asociadas a catéter más específicamente en hemodiálisis, pero siendo igualmente un CVC. Se comprobó que el riesgo de sufrir una bacteriemia en este tipo de CVC durante una hospitalización era 9,6 veces superior, y clave en este sentido era la optimización de los cuidados de enfermería. Se comprobó que un modelo de atención colaborativa que incluyese un administrador de control de infecciones, en este caso una enfermera capacitada en las pautas actuales de manejo del catéter, disminuyó significativamente el número de BRC. Además, se propone una intervención multifactorial que incluye varias actividades complementarias, siendo la piedra angular el lavado de manos como medida preventiva estándar y la formación del personal sanitario en el manejo y prevención de complicaciones infecciosas relacionadas con CVC.(15)

En la publicación realizada por Moreno Rivas et al., “Seguridad del paciente. Bacteriemia Zero: prevenir la infección relacionada con el catéter venoso central”, se realiza una exposición acerca de las enfermedades nosocomiales más notables y concretamente las bacteriemias que producen más morbi-mortalidad. En el caso concreto de las BRC, concluyen que lo que provoca este tipo de bacteriemia en los pacientes y sus familiares, así como el incremento en los costes sanitarios en los que se incurre, justifican la implementación de planes de intervención específicos. La aplicación de estándares internacionales demuestra que las medidas preventivas tienen un gran impacto en BRC. La formación continua de los profesionales para problemas específicos en el manejo de CVC, han demostrado ser efectivas para reducir las incidencias de BRC. (2)

El último de los artículos seleccionados es el trabajo publicado en 2020 por López Navarro et al., “Efecto del uso de protectores puerto desinfectantes para la disminución de las bacteriemias asociadas a catéteres venosos centrales” en el que se realizó una revisión rápida de la literatura con el objetivo de identificar el efecto del uso de protectores puerto desinfectantes en los conectores sin aguja en la disminución de las bacteriemias asociadas a CVC. Se concluyó que la evidencia disponible sugiere que estudios no aleatorizados han demostrado que el uso de los protectores de puerto desinfectantes con alcohol isopropílico al 70%

en los conectores sin aguja, puede generar una reducción de las BRC y podría considerarse como una medida efectiva en base al coste que supone. (16)

5 Discusión-Conclusión

En líneas generales, todos los artículos versan y coinciden sobre las mismas recomendaciones que ya se planteaban como directrices principales en el Protocolo de Bacteriemia Zero (5). Hay un consenso entre los artículos seleccionados en la necesidad de establecer una serie de paquetes de actuación (2,7-9,11,13,15) basados en la evidencia científica, que disminuyen la incidencia de BRC.

Paquete de inserción de línea central

Higiene de manos (12)

- Lavado de manos o uso un limpiador de manos sin agua a base de alcohol
- Antes y después de palparinsertar, reemplazar, ajustar o vendar el sitio.
- Durante la palpación del sitio de inserción y después de la aplicación de anti-séptico y solo si se mantiene total asepsia.

Barrera máxima completa (8)

- El operador que inserte el catéter venoso central debe seguir técnicas asépticas estrictas(8)
- Preparar la piel con clorhexidina al 2 % en alcohol al 70 % utilizando hisopos y frotando con fricción durante al menos 30 segundos. Dejar que se seque por completo antes de la punción en la piel

Selección óptima del sitio del catéter

- En pacientes adultos, existe alguna evidencia de que el sitio de la subclavia tiene un menor riesgo de infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter. Sin embargo, suele haber más experiencia con el sitio yugular interno. Las yugulares internas y subclavia son los sitios preferidos p
- Uso de gel estéril de un solo uso para inserciones guiadas por ultrasonido.

Paquete de mantenimiento de línea central

Higiene de manos

- Practicar la higiene de manos en cinco momentos:
- Antes de tocar a un paciente.
- Antes de procedimientos limpios/asépticos.
- Después de la exposición/riesgo de fluidos corporales.

- Después de tocar a un paciente.
- Después de tocar el entorno del paciente.

Técnica aséptica para acceder y cambiar conectores sin aguja

- Frotar el puerto de acceso o el concentrador inmediatamente antes de cada uso con un antiséptico apropiado.
- Uso de tapones con solución antiséptica en los conectores. (12,16)

Manejo higiénico de los catéteres

- Sustituir los equipos de infusión, alargaderas y conectores que se utilizan de forma continua, con una frecuencia no inferior a 96 horas, pero al menos cada 7 días (salvo que se indique lo contrario en las instrucciones de uso del fabricante), y siempre que estén las conexiones visiblemente sucias o en caso de desconexión accidental. En el caso de nutrición parenteral el cambio de equipos se realizará cada 24h y de emulsión lipídica el cambio de equipos se realizará cada 6-12 horas.
- Reducir al mínimo imprescindible la manipulación de conexiones y limpiar los puntos de inyección del catéter con alcohol isopropílico de 70° antes de acceder a través de ellos al sistema venoso.
- Uso de apósitos impregnados con clorhexidina.
- Uso de dispositivos de fijación sin sutura. (8,13)

Revisión diaria de la necesidad del catéter

- Revisión diaria de la necesidad de la línea durante las rondas para que se pueda determinar la necesidad de las líneas y eliminar las líneas innecesarias. (9)

El uso de pautas basadas en evidencia para la inserción y el mantenimiento de CVC por sí solo no puede prevenir la BRC. La prevención de la BRC requiere un enfoque multidimensional, que incluye modificaciones de comportamiento de los profesionales de la salud a través de la educación, la evaluación del desempeño, la retroalimentación regular, el trabajo en equipo y las mejoras en la cultura general de seguridad. En el trabajo de Nainan Myatra et al., se comprobó que no solamente eran importantes estos paquetes de actuación, sino que la educación del personal y el compromiso de la institución era imprescindible para poder reducir las tasas de BRC en UCI. (10)

En general, según la bibliografía revisada, se ha visto la necesidad de invertir en formación y capacitación para el colectivo enfermero. El cuidado general del catéter suele ser una responsabilidad enfermera y se ha comprobado en varios estudios que el conocimiento para el correcto manejo del CVC y la prevención de la BRC, es deficitario en este sentido. (2,8,10,14,15)

En el Protocolo de prevención de las bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales (BRC) en las UCI españolas, ya se recoge la necesidad de la formación e información del personal sanitario sobre prevención de BRC en el que se incluyan los puntos esenciales de las infecciones relacionadas con catéteres, en especial su impacto clínico y las medidas de prevención. (5)

Se ha comprobado a lo largo de la experiencia en la práctica clínica que, en la UCI, los planes de educación reducen significativamente las incidencias de BRC. (2)

A pesar de todo esto, se pone de manifiesto que, aunque la formación de las enfermeras sea la adecuada, sigue habiendo una parte significativa de incumplimiento de las guías y protocolos. Como predictor más significativo en este sentido se recoge en el estudio de Aloush et al., Nurses' compliance with central line associated blood stream infection prevention guidelines, donde se observa que la relación entre el número de pacientes que llevaba cada enfermera era el predictor más significativo en cuanto al cumplimiento de los protocolos (ratio 1:1 mayor cumplimiento que en ratio 1:2). En este sentido, en el estudio Compliance of Middle Eastern hospitals with the central line associated bloodstream infection prevention guidelines, también se observó que al reducir el número de camas por enfermera el cumplimiento de los protocolos mejoró y por ende las tasas de BRC.(7,14)

En conclusión, la bacteriemia relacionada con catéteres centrales es una de las enfermedades nosocomiales más presente en los pacientes ingresados en UCI. Supone un problema importante en cuando a seguridad del paciente se refiere al tener unas tasas tan altas de morbilidad y mortalidad asociada. Además, a nivel de gestión del SNS supone un lastre económico importante y de consumo de recursos.

Es significativo hacer hincapié en la importancia de mantener un consenso en cuanto al uso de guías y protocolos se refiere, así como su correcta actualización. Parte clave es saber la hoja de ruta a seguir en todas las UCIs a nivel del SNS para asegurar una correcta y segura atención a nuestros pacientes, aportando unos cuidados basados en la evidencia científica más actualizada.

Destacar la necesidad de invertir en formación para los/las enfermeros/as que trabajan con este tipo de dispositivos, apostar por la formación especializada y de calidad, pudiendo dar así garantía en el cuidado y seguridad de los pacientes y teniendo en cuenta las necesidades de los profesionales, sus dudas e inseguridades como mejora integral en el cuidado y la atención al paciente.

6 Bibliografía

1. Farina J, Cornistein W, Balasini C, Chuluyan J, Blanco M. INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES. ACTUALIZACIÓN Y RECOMENDACIONES INTERSOCIEDADES. MEDICINA (Buenos Aires). 2019;79:53–60.
2. Moreno Rivas G, García Klepzig J, Corbacho García J, Luján Rubio V, López Herranz M. Seguridad del paciente. Bacteriemia Zero: prevenir la infección relacionada con el catéter venoso central. Revista Rol de Enfermería [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 29];45(3):37–44. Available from: <https://medes.com/publication/168521>
3. Medicina Intensiva D. ESTUDIO NACIONAL DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN SERVICIOS SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA CRÍTICA Y UNIDADES CORONARIAS (SEMICYUC) GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y SEPSIS. 2021;
4. Gallart E, Delicado M, Nuvials X. Actualización de las recomendaciones del Proyecto Bacteriemia Zero. Enferm Intensiva [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2023 Mar 29];33:S31. Available from: <https://pmc/articles/PMC9315357/>
5. Palomar Martínez M, Álvarez Lerma F, Riera Badía M, León Gil C. Protocolo de prevención de las bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales (BRC) en las UCI españolas. Ministerio de Sanidad. 2021;
6. Adrie C, Garrouste-Orgeas M, Ibn Essaïed W, Schwebel C, Darmon M, Mourvillier B, et al. Attributable mortality of ICU-acquired bloodstream infections: Impact of the source, causative micro-organism, resistance profile and antimicrobial therapy. J Infect [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2023 Mar 31];74(2):131–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27838521/>
7. Aloush SM, Al-Sayaghi K, Tubaishat A, Dolansky M, Abdelkader FA, Suliman M, et al. Compliance of Middle Eastern hospitals with the central line associated bloodstream infection prevention guidelines. Appl Nurs Res [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2023 Mar 31];43:56–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30220364/>
8. Chi X, Guo J, Niu X, He R, Wu L, Xu H. Prevention of central line-associated bloodstream infections: a survey of ICU nurses' knowledge and practice in China. Antimicrob Resist Infect Control [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2023 Mar 31];9(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33198796/>
9. Gupta P, Thomas M, Patel A, George R, Mathews L, Alex S, et al. Bundle approach used to achieve zero central line-associated bloodstream infections in an adult coronary intensive care unit. BMJ Open Qual [Internet]. 2021 Feb 17 [cited

- 2023 Mar 31];10(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33597274/>
10. Nainan Myatra S. Improving Hand Hygiene Practices to Reduce CLABSI Rates: Nurses Education Integral for Success. *Indian J Crit Care Med* [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 31];23(7):291–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31406425/>
11. Ray-Barruel G, Xu H, Marsh N, Cooke M, Rickard CM. Effectiveness of insertion and maintenance bundles in preventing peripheral intravenous catheter-related complications and bloodstream infection in hospital patients: A systematic review. *Infect Dis Health* [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2023 Mar 27];24(3):152–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31005606/>
12. Rosenthal VD. Impact of needle-free connectors compared with 3-way stop-cocks on catheter-related bloodstream infection rates: A meta-analysis. *Am J Infect Control* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2023 Mar 27];48(3):281–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31551122/>
13. Dang FP, Li HJ, Tian JH. Comparative efficacy of 13 antimicrobial dressings and different securement devices in reducing catheter-related bloodstream infections: A Bayesian network meta-analysis. *Medicine* [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 27];98(14). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30946317/>
14. Aloush SM, Alsaraireh FA. Nurses' compliance with central line associated blood stream infection prevention guidelines. *Saudi Med J* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2023 Mar 27];39(3):273–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29543306/>
15. Sánchez Villar I, Lorenzo Sellares V. ¿Se infectan más los catéteres tunelizados para hemodiálisis cuando los pacientes ingresan en el hospital? *Enferm Nefrol*. 2019;22(3):266–73.
16. López Navarro CG, Noguera Mena HG, Barboza Cascante MV, Ramírez Alvarado JM, Orozco Valverde G, Ibarra Sequeira WG. Efecto del uso de protectores puerto desinfectantes para la disminución de las bacteriemias asociadas a catéteres venosos centrales. *Enfermería Actual de Costa Rica* [Internet]. 2020 Jan 13 [cited 2023 Mar 29];38(38):230–44. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100230&lng=en&nrm=iso&tlng=es
17. Manuel J, Granados S, Serrano O, Elvira A, Salas G, Marqués SG, et al. PROTOCOLO DE INFECCIÓN RELACIONADA CON EL CATÉTER VENOSO CENTRAL. Sociedad y fundación española de cuidados intensivos pediátricos. 2020;

Capítulo 121

TÉCNICA DE PRONACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

CARLOS VERA HERVÁS

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

1 Introducción

Se estima que entre el 10 y el 15% de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos (UCI) padecen el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA). En base a los datos disponibles, se calcula que la mortalidad en el SDRA alcanza el 40% y los pacientes que logran salir adelante, suelen experimentar deficiencias cognitivas, emocionales y físicas a largo plazo. Hay una amplia literatura sobre el tratamiento e intervenciones para el SDRA, pero uno de los que más ha demostrado disminuir la mortalidad ha sido el posicionamiento en decúbito prono.⁽¹⁾

La posición en prono se recomienda como terapia de apoyo en pacientes SDRA de moderado a grave, cuando la relación entre la presión arterial parcial de oxígeno

(PaO₂) y la fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) < 150mmHg a pesar de la ventilación mecánica optimizada o el uso de bloqueo neuromuscular. (2) Por lo general, se asocia con una mejora en la oxigenación y mecánica pulmonar como resultado de una distribución más homogénea de las fuerzas mecánicas y una mejor combinación de ventilación/perfusión (V/Q). Estos efectos conducen a un menor riesgo de agravar una lesión pulmonar preexistente y por tanto a una disminución de la mortalidad. (3)

Además de las mejoras a nivel respiratorio, la posición en pronó tiene repercusiones a nivel de retorno venoso y de la función del ventrículo derecho (VD), disminuyendo la poscarga en este y por tanto mejora de la insuficiencia cardiaca congestiva derecha (ICCD). Esta posición también reduce el gasto cardiaco y mejora la perfusión de los órganos en determinadas condiciones. (2)

La contraindicación absoluta para utilizar el pronó es la presencia de fracturas vertebrales inestables. Todas las demás contraindicaciones son relativas, de modo que el uso de esta terapia debe individualizarse.

Las contraindicaciones relativas serían inestabilidad hemodinámica, fractura pélvica o de huesos grandes inestables, heridas abdominales abiertas, aumento de la presión intracraneal o riesgo de hipertensión intracraneal sin un control adecuado de la presión intracraneal. (3)

Los pacientes colocados en posición pronó en las UCI tienen un mayor riesgo de úlceras por presión (UPP) en comparación con los que se mantienen en posición supina. Los lugares anatómicos expuestos a presión prolongada son los pómulos y la parte anterior del tórax, las crestas ilíacas, los senos y las rodillas. Además de los puntos críticos donde se pueden desarrollar UPP, se debe tener en cuenta que la posición en pronó tiene un impacto facial importante; se han reportado complicaciones oculares y edema facial y orofaríngeo. (4)

2 Objetivos

- Objetivo General planteado según la metodología PICO es revisar la evidencia científica actual respecto a la pronación de pacientes en UCI, conocer las complicaciones potenciales, su prevención y manejo.
- Objetivo Secundario: conocer la aplicación de estas recomendaciones por parte del personal de enfermería, así como las responsabilidades en cuanto a la técnica.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática en las principales bases de datos (Pubmed, Cuiden, Scielo, Cochrane Library) de búsqueda bibliográfica y estudios científicos. La búsqueda ha sido de las revisiones sistemáticas y metaanálisis publicadas en los últimos 5 años sobre la temática de estudio. Se realizó la búsqueda en inglés y en español, utilizándose los términos MeSH "Prone Position", "Intensive Care Units", "ICU", "UCI", "critical care nursing", "nurse care" utilizando el operador booleano AND.

Además, se ha utilizado el muestreo en bola de nieve para elegir artículos a partir de los seleccionados en las bases de datos mencionadas anteriormente.

Por otra parte, se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión: o Artículos en inglés y español. o Revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Criterios de exclusión: o Artículos publicados con anterioridad a 2018. o Artículos que no traten sobre el tema propuesto. o No en humanos.

Una vez realizado el correspondiente cribado, se han seleccionado 15 artículos para llevar a cabo el estudio; 11 artículos obtenidos de las bases de datos consultadas y 4 corresponden a los seleccionados siguiendo el muestreo en bola de nieve.

4 Resultados

En primer lugar, se va a comentar el trabajo realizado por Fourie et al., de 2021, "Skin damage prevention in the prone ventilated critically ill patient: A comprehensive review and gap analysis (PRONEtect study)" donde se realiza un análisis de brechas para identificar, revisar y evaluar las pautas internacionales de pronación y cuidado de la piel y hacer un inventario de los equipos y recursos de capacitación de uso común. Se ha visto que el daño a la piel es un peligro común durante la ventilación prono y que no se dispone de una orientación práctica basada en la evidencia, de modo que se precisa de más investigación para el diseño de dispositivos de posicionamiento que prevengan los daños en prono. Aunque el personal de enfermería es clave en este proceso, se debe establecer una intervención de educación y capacitación basada en competencias para el equipo

interdisciplinario que cuida la piel de pacientes críticos en decúbito prono. (5)

En el estudio prospectivo monocéntrico de Lai et al., “Effects of Prone Positioning on Venous Return in Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome” se examinan los efectos de la posición prona sobre el retorno venoso, la presión sistémica media y la resistencia del retorno venoso. Como resultado se observó que la posición prona aumentó la presión sistémica media en todos los pacientes. El índice cardíaco dependió de la significación en el aumento entre presión sistémica media y presión venosa central, de la respuesta a la precarga y del aumento en la resistencia del retorno venoso. (6)

Klaiman et al., publican en 2021 “Improving Prone Positioning for Severe Acute Respiratory Distress Syndrome during the COVID-19 Pandemic. An Implementation-Mapping Approach”, cuyo objetivo era identificar los determinantes del uso del posicionamiento prono, desarrollar estrategias de implementación específicas e incorporarlas al trabajo diario. Se identificaron cinco temas determinantes del posicionamiento prono, incluidos el conocimiento del personal al respecto, los recursos disponibles, las terapias alternativas, la cultura del equipo y los factores del paciente. El grupo de trabajo desarrolló cinco estrategias de implementación específicas, que incluyeron la divulgación educativa, colaboración de aprendizaje, protocolo clínico, equipo de posicionamiento prono y alertas automatizadas. (1)

Interesante como complemento al sistema de soporte de ECMO Veno-Venosa (ECMO-VV) en la optimización y mejora de la ventilación/oxigenación es el uso de la posición en prono como plantean en el trabajo de Lucchini et al., “Application of prone position in hypoxaemic patients supported by veno-venous ECMO”, donde se evalúa la seguridad y viabilidad del posicionamiento prono para pacientes con SDRA grave apoyado por ECMO. Se concluye que la aplicación del posicionamiento prono durante ECMO ha demostrado ser una técnica segura y confiable cuando se realiza en un centro de ECMO reconocido con el personal debidamente capacitado y procedimientos estandarizados. (7)

En 2021, Parhar et al., publican “Prone positioning for ARDS patients-tips for preparation and use during the COVID-19 pandemic” con el objetivo de proporcionar diez consejos, basados en el trabajo realizado por el grupo de trabajo de Alberta Critical Care Strategic Clinical Network COVID-19, para implementar de manera segura y aumentar el uso apropiado del posicionamiento prono. Se concluyen, además de los diez consejos que, la posición en prono es una estrategia no farmacológica que disminuye la mortalidad y que debería formar parte de las

estrategias de tratamiento de todas las UCIs que atienden a pacientes con SDRA. El uso de esta técnica requiere una comprensión de las indicaciones y los riesgos, junto con la planificación adecuada y apoyo del centro sanitario competente mediante el desarrollo de protocolos y procedimientos, así como la simulación y la práctica para adquirir competencia y experiencia. (8)

En el trabajo “Prevention of pressure ulcers among individuals cared for in the prone position: lessons for the COVID-19 emergency”, de Moore et al., investigan un aspecto importante desde el punto de vista enfermero. El objetivo de esta revisión clínica fue identificar y revisar recomendaciones basadas en evidencia para facilitar la selección y aplicación de intervenciones preventivas dirigidas a reducir el desarrollo de UPP en pacientes ventilados en posición de prono. Como resultado obtuvieron que se debe evaluar la piel antes de realizar la pronación y después de la supinación. Como punto importante, mantener la piel limpia y humectada con limpiadores de Ph balanceado, aunque la evidencia generada aún tiene controversia al respecto. Se recomienda el uso de dispositivos de posicionamiento además del reposicionamiento para descargar los puntos de presión en la cara y el cuerpo. También el uso de apósitos como hidrocoloides, película transparente y silicona para disminuir las lesiones de la piel de la cara. (9)

En 2020 Wiggermann et al., publican “Proning Patients With COVID-19: A Review of Equipment and Methods” donde realizan una revisión de la literatura disponible en cuanto a los distintos métodos para llevar a cabo la pronación de un paciente en UCI. Se evaluaron la cantidad de trabajadores de la salud necesarios, el estrés físico del personal, el riesgo de eventos adversos para los pacientes y el costo y la disponibilidad del equipo según cada método. Obtuvieron variaciones en cuanto a las técnicas manuales y técnicas asistidas por levantamiento además de una cama de pronación especializada. Se observó que los métodos manuales requieren más trabajadores, mayor estrés físico y mayor riesgo de eventos adversos que los métodos asistidos por elevación o la cama de pronación. En base a todo esto, concluyen que tanto la cama de pronación especializada como el método asistido por elevación que utiliza correas, eliminaron en gran medida las fuerzas manuales necesarias para la pronación y posicionar al paciente de forma controlada. (10)

El equipo de Sangui et al., publicaron “Ocular Complications in the Prone Position in the Critical Care Setting: The COVID-19 Pandemic” donde abordando un tema importante en cuanto al cuidado y prevención de daños en el paciente pronado. Se realizó una revisión bibliografía en cuanto a las complicaciones oculares

en las UCIs y en pacientes pronados. Como conclusión, se identifica una escasez de información sobre los efectos de la posición prona y las complicaciones oculares en las UCIs. Los pacientes que requieren pronaciones más frecuentes, así como la reducción de la proporción de personal por paciente, hacen más probable la aparición de este tipo de complicaciones. Las medidas de prevención son el pilar fundamental, en particular para mitigar el riesgo de complicaciones irreversibles, como oclusiones vasculares arteriales y neuropatía óptica isquémica. Sin embargo, complicaciones como el ángulo cerrado agudo, la enfermedad de la superficie ocular y el síndrome del compartimento orbitario responden al diagnóstico y tratamiento oportunos. Además, se enfatiza en la importancia del cuidado ocular regular y la detección para prevenir complicaciones irreversibles. (11)

En 2022, Patton et al., publican “The effect of prone positioning on pressure injury incidence in adult intensive care unit patients: A meta-review of systematic reviews”. Realizan una meta-revisión de revisiones sistemáticas publicadas para sintetizar la evidencia sobre el efecto del posicionamiento prono sobre la incidencia y ubicación de las UPPs en pacientes adultos de UCI. Establecen que los pacientes UCI experimentan más UPP que la población hospitalaria general debido a la gravedad de su afección subyacente, los tratamientos que reciben y la inmovilidad. Se concluye que la alta incidencia de UPP en la posición prono destaca la necesidad de estrategias preventivas específicas. Los paquetes de atención pueden ser un enfoque, dados sus efectos beneficiosos para la prevención de UPP. (12)

Elmer et al., han publicado una revisión sistemática en 2023, “Long-term complications of prone position ventilation with relevance for acute and postacute rehabilitation: a systematic review of the literatura” donde se exponen las complicaciones a largo plazo de la posición en prono en relevancia con la futura rehabilitación. Del total de 59 artículos, se extrae que las consecuencias a largo plazo después del alta de UCI son principalmente UPP y lesiones nerviosas. Las publicaciones rara vez recomiendan estrategias de tratamiento para las complicaciones a largo plazo. Debido a la calidad de los estudios incluidos, no se pueden establecer conclusiones sólidas sobre las estrategias más efectivas. De este modo se concluye la necesidad de mayor investigación adicional de alta calidad que considere las diferentes complicaciones a largo plazo y su impacto en la rehabilitación para establecer conclusiones acerca de las terapias físicas viables. Se debe tener en consideración que las secuelas del prono plantean nuevos desafíos para sanitarios tanto en la rehabilitación aguda y posaguda, así como en la atención de seguimiento. (13)

En el trabajo “Eye Care Interventions in Critical/Surgical Patients in the Prone Position: Scoping Review”, de Dantas et al., de 2022, se realiza una revisión con el objetivo de mapear la evidencia de las intervenciones oftalmológicas en el manejo de pacientes críticos sometidos a posición prono. Se concluye que, entre los cuidados presentados, gran parte está relacionada con la enfermería, ya que está más cerca del cuidado del paciente y se enfatiza en la necesidad de implementar políticas de seguridad del paciente con respecto al cuidado de los ojos como una prioridad; como principales intervenciones que resultan del manejo de pacientes críticos en prono fueron la exploración oftalmológica, el uso de lubricante/solución oftálmica específica, el posicionamiento de Trendelenburg inverso y la protección con cinta adhesiva. (14)

Amaya-Aguilar et al., escriben un artículo “El decúbito prono: una intervención infravalorada que puede reducir la mortalidad en las terapias intensivas” sobre las indicaciones, contraindicaciones, recomendaciones y complicaciones relacionadas con el decúbito prono. Se concluye que es una intervención efectiva de muy bajo costo en los pacientes que sufren SDRA; sin embargo, sigue siendo infravalorada, por lo que es necesario contar con profesionales de la salud bien capacitados que puedan ponerla en práctica, limitar el número de eventos adversos y de esta forma, obtener todos sus beneficios. (15)

El equipo de Juan et al., publican en 2022 “Decúbito prono en cuatro unidades de cuidados intensivos: rol de los profesionales, cuidados y complicaciones”, un estudio descriptivo multicéntrico transversal, con el objetivo de describir los roles de los profesionales sanitarios durante la maniobra del decúbito prono, comparar la realización de la técnica, los cuidados oculares, la prevención de las UPP y los eventos adversos secundarios presenciados en las UCIs de cuatro hospitales públicos de Baleares. Se concluye que el rol de los profesionales y su ubicación durante la maniobra están estandarizados (facultativo en vía aérea y enfermería en accesos venosos); si hay variabilidad en cuanto a técnica en sí, los cuidados oculares o prevención de UPP. Aconsejan disponer de una lista de verificación adaptada al entorno, diseñada para mejorar la comunicación entre los profesionales, identificando los roles de todos los implicados en el proceso. Además de la formación continuada, aspecto clave en el procedimiento para la anticipación y detección precoz de las posibles complicaciones. (16)

En el trabajo de Balseiro-Almarío et al., “Pronación: Tecnología de enfermería que produce bienestar en el cuidado de los pacientes COVID-19, en el Hospital General Dr. Manuel Gea González en la Ciudad de México”, se lleva a cabo un

estudio cuantitativo, no experimental, transversal, prolectivo, descriptivo y diagnóstico cuyo propósito fue analizar la pronación, como tecnología de enfermería que produce bienestar en el cuidado a los pacientes. Se concluye que el prono es útil y accesible para la mayor parte de las UCIs. Por tanto, el personal especializado de enfermería recomienda esta maniobra, dada también la enorme evidencia científica que considera que la pronación aporta beneficio a los pacientes. La responsabilidad del cambio postural recae sobre los profesionales de enfermería que se han preparado y adiestrado para minimizar los riesgos y valorar las complicaciones asociadas al procedimiento tales como: pérdida u obstrucción del tubo endotraqueal, lesiones cutáneas por presión, edema facial y conjuntival, úlceras corneales, espasmos musculares, regurgitación o intolerancia de la nutrición enteral y alteraciones del estado hemodinámico y/o respiratorio. Por último, se hace hincapié en que el manejo de esta técnica requiere del personal de enfermería capacitado y entrenado, dado que los cuidados de la vía aérea, los catéteres y sondas, son un factor determinante en el bienestar de los pacientes, para evitar complicaciones fatales. (17)

Con el objetivo de sintetizar los cuidados de enfermería en pacientes con SDRA y ventilación mecánica en decúbito prono versus otros decúbitos, para mejorar la oxigenación y disminuir el riesgo de complicaciones, Campos et al., realizan una revisión sistemática entre noviembre del 2021 y enero del 2022, titulada “Cuidados de enfermería durante la ventilación decúbito prono de pacientes con COVID-19”. Se concluye que la atención de enfermería, apoyada en la evidencia científica, garantiza la seguridad del paciente ventilado en prono. El personal que interviene en la maniobra debe ser entrenado, se necesita la instauración de protocolos de actuación en las UCI y estandarizar la utilización de esta técnica como alternativa terapéutica, con criterios más uniformes que permita la obtención de resultados positivos como es la mejora en la oxigenación y disminución de complicaciones. Es importante contar con el número de personas necesarias para realizar la pronación, la postura del nadador y mantener la cama en Tredelemburg; las lesiones por presión, según reportan el mayor número de estudios, constituyen las complicaciones más frecuentes. (18)

5 Discusión-Conclusión

En base a la revisión llevada a cabo se han visto dos puntos importantes a tratar; por un lado, las complicaciones potenciales de la posición en prono y por otro la importancia de la formación y correcto manejo del posicionamiento en prono para obtener los resultados esperados.

La principal complicación del prono son las UPP en las zonas de apoyo durante la pronación; se ha visto que casi el 50% de los pacientes de UCI en esta posición las desarrollan. Según lo revisado, se requiere de una mayor orientación práctica basada en la evidencia, con estrategias preventivas específicas y dispositivos de posicionamiento con este fin. (5) (12). Precisamente por la alta incidencia de este tipo de complicaciones, se aconseja evaluar la piel antes y después de la pronación, mantenerla limpia, con una correcta distribución de las zonas de presión y de descarga y el uso de apósitos (hidrocoloides, silicona) para disminuir la incidencia de estas lesiones. (9)

Otra de las complicaciones potenciales con mayor incidencia que se producen por el uso de esta técnica, son las lesiones a nivel ocular. Esto incluye edema, enfermedad de la superficie ocular, síndrome del compartimento orbitario y más a largo plazo como puedan ser la neuropatía óptica isquémica o las oclusiones vasculares. Varios autores enfatizan en la importancia de hacer una correcta valoración a nivel oftalmológico de los pacientes en prono para la prevención de este tipo de patologías. Se ha visto que la reducción del personal sanitario disponible, hacen más probable la aparición de estas complicaciones. (11)

Se hace notoria la necesidad de protocolos complementarios y medidas preventivas en la valoración oftalmológica como son el uso de lubricante/solución oftálmica específica, posicionamiento de Trendelenburg inverso y protección con cinta adhesiva. (11) (14) Además, se ha visto que este tipo de complicaciones no se tienen por lo general en cuenta, no hay demasiada evidencia al respecto al ser algo que poco o nada se investiga siendo de gran repercusión en el paciente crítico, por lo que se detecta la necesidad de más y mejores investigaciones al respecto. (13)

La principal fuente de interés del trabajo está en torno a la capacitación y formación del personal sanitario que realiza este tipo de técnica. Muchos de los estudios consultados, confluyen en la necesidad de un personal correctamente preparado, formado y competente para que la técnica sea exitosa, es decir, el paciente obtenga los beneficios intrínsecos de la terapia. (5) (1) (7) (8) (10) (11) (13) (14) (15) (16) (17) (18)

En varios trabajos se pone de manifiesto que en muchas ocasiones la técnica se deja como última opción por desconocimiento en el procedimiento de esta, a pesar de saber la fuerte evidencia que tiene el prono como intervención efectiva en los pacientes con SDRA. Es común que el personal tenga la sensación de escasez de información sobre los efectos o complicaciones que se pueden presentar en

el prono, por lo que se sigue haciendo hincapié en lo necesario de contar con personal capacitado. (15) (7)

Enfermería tiene un papel muy marcado e importante en la pronación del paciente, al estar a pie de cama y ser pilar fundamental del cuidado del paciente, además de en muchas ocasiones líder de la ejecución de la técnica. (14) (5) Por esto el personal de enfermería debe estar correctamente preparado y entrenado para minimizar los riesgos y ser capaces de valorar y detectar posibles complicaciones (cuidados de vía aérea, catéteres, sondas, vías...); son factor determinante en el bienestar del paciente y las actuaciones deben estar apoyadas y argumentadas en base a la evidencia científica teniendo como prima la seguridad del paciente. (17) (18)

En varios trabajos se recoge la importancia de implementar políticas de seguridad tanto para el paciente como para el personal que realiza la técnica para la prevención lesiones por las fuerzas manuales necesarias en la pronación. Se valoran no solamente el tipo de técnicas, sino el material disponible para llevar a cabo el prono (uso de correas para la elevación, cama de pronación especializada, equipos de posicionamiento, etc.) (10)

Se recalca la necesidad de establecer protocolos de actuación en la UCI, estandarizando el uso del prono según unos criterios uniformes y la manera de llevarlo a cabo. Esto facilitará la formación y capacitación del personal, mejorando la comprensión de la técnica y minimizando los riesgos y complicaciones asociadas. (8) (1) (18) (16)

Como conclusión, el uso del prono en pacientes con SDRA se postula como una técnica efectiva y eficiente para la mejora de la oxigenación del paciente sometido a ventilación mecánica invasiva. El desconocimiento de la técnica o de sus beneficios pone en riesgo su uso y por ende el bienestar y mejora del paciente.

Según lo trabajado es criterio indispensable contar con personal formado, capacitado y entrenado para poder llevar a cabo la pronación, con el menor número de eventos adversos y por ende consiguiendo los mayores beneficios. En esta línea concurre la necesidad del control de complicaciones como son las UPP y daños oculares principalmente por su incidencia, siendo pilar fundamental la prevención; y aquí es clave el papel de enfermería. La enfermera a pie de cama debe evaluar y examinar al paciente, además de ser en muchas ocasiones líder de la técnica. Por ello el personal de enfermería es factor primordial en el bienestar del paciente.

Por todo esto se hace imprescindible contar en las UCIs con protocolos, guías de práctica clínica y criterios unificados de modo que el personal sanitario interviniente cuente con las mejores garantías formativas y de liderazgo para llevar a cabo con éxito la técnica.

6 Bibliografía

1. Klaiman T, Silvestri JA, Srinivasan T, Szymanski S, Tran T, Oredoko F, et al. Improving Prone Positioning for Severe Acute Respiratory Distress Syndrome during the COVID-19 Pandemic. An Implementation-Mapping Approach. *Ann Am Thorac Soc* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2023 Apr 6];18(2):300–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33522870/>
2. Lai C, Monnet X, Teboul JL. Hemodynamic Implications of Prone Positioning in Patients with ARDS. *Crit Care* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2023 Apr 4];27(1):98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36941694/>
3. Roca O, Pacheco A, García-de-Acilu M. To prone or not to prone ARDS patients on ECMO. *Crit Care* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2023 Apr 4];25(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34461971/>
4. Le MQ, Rosales R, Shapiro LT, Huang LY. The Down Side of Prone Positioning: The Case of a Coronavirus 2019 Survivor. *Am J Phys Med Rehabil* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2023 Apr 5];99(10):870–2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32657818/>
5. Fourie A, Ahtiala M, Black J, Hevia H, Coyer F, Gefen A, et al. Skin damage prevention in the prone ventilated critically ill patient: A comprehensive review and gap analysis (PRONetect study). *J Tissue Viability* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2023 Apr 5];30(4):466–77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34583874/>
6. Lai C, Adda I, Teboul JL, Persichini R, Gavelli F, Guérin L, et al. Effects of Prone Positioning on Venous Return in Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome. *Crit Care Med* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2023 Apr 5];49(5):781–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33590997/>
7. Lucchini A, De Felippis C, Pelucchi G, Grasselli G, Patroniti N, Castagna L, et al. Application of prone position in hypoxaemic patients supported by veno-venous ECMO. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2023 Apr 6];48:61–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30037534/>
8. Parhar KKS, Zuege DJ, Shariff K, Knight G, Bagshaw SM. Prone positioning for ARDS patients-tips for preparation and use during the COVID-19 pandemic. *Can J Anaesth* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2023 Apr 6];68(4):541–5. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33367994/>

9. Moore Z, Patton D, Avsar P, McEvoy NL, Curley G, Budri A, et al. Prevention of pressure ulcers among individuals cared for in the prone position: lessons for the COVID-19 emergency. *J Wound Care* [Internet]. 2020 Jun 2 [cited 2023 Apr 5];29(6):312–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32530776/>
10. Wiggermann N, Zhou J, Kumpar D. Proning Patients With COVID-19: A Review of Equipment and Methods. *Hum Factors* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2023 Apr 5];62(7):1069–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32845730/>
11. Sanghi P, Malik M, Hossain IT, Manzouri B. Ocular Complications in the Prone Position in the Critical Care Setting: The COVID-19 Pandemic. *J Intensive Care Med* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2023 Apr 5];36(3):361–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32985317/>
12. Patton D, Latimer S, Avsar P, Walker RM, Moore Z, Gillespie BM, et al. The effect of prone positioning on pressure injury incidence in adult intensive care unit patients: A meta-review of systematic reviews. *Aust Crit Care* [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2023 Apr 4];35(6):714–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34916149/>
13. Elmer N, REIßHAUER A, Brehm K, Vockeroth C, Liebl ME. Long-term complications of prone position ventilation with relevance for acute and postacute rehabilitation: a systematic review of the literature. *Eur J Phys Rehabil Med* [Internet]. 2023 Feb 1 [cited 2023 Apr 4];59(1):111–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36441010/>
14. Dantas AC, Lopes Costa M, Barbosa da Silva A, Coutinho Borges BE, de Medeiros Araújo JN, Fortes Vitor A, et al. Eye Care Interventions in Critical/Surgical Patients in the Prone Position: Scoping Review. *Aquichan* [Internet]. 2022 Jul 28 [cited 2023 Apr 8];22(3). Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972022000302233&lng=en&nrm=iso&tlng=en
15. Amaya-Aguilar JA, Olvera-Arreola SS, Sánchez-Cisneros N, Lira-Rodríguez G, Paredes-Balderas G, Flores NEG, et al. El decúbito prono: una intervención infravalorada que puede reducir la mortalidad en las terapias intensivas. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 9];114–7. Available from: <https://ciberindex.com/index.php/rmec/article/view/e28305>
16. Juan EP, Palau MM, Roig CF, Arroyo JMG, Romero DS, Monjo AO. Decúbito prono en cuatro unidades de cuidados intensivos: rol de los profesionales, cuidados y complicaciones. *Evidentia* [Internet]. 2022 Dec 2 [cited 2023 Apr 9];e14271–e14271. Available from: <https://ciberindex.com/index.php/ev/article/view/e14271>

17. Balseiro-Almario CL, Suasto-Gómez WM, Chaparro-Sánchez MA, Tapia-Juárez YE, Jiménez-Escobar I, Morales-Landa M, et al. Pronación: Tecnología de enfermería que produce bienestar en el cuidado de los pacientes COVID-19, en el Hospital General Dr. Manuel Gea González en la Ciudad de México. *Rev enferm neurol* [Internet]. 2021 Apr 8 [cited 2023 Apr 9];20(2):[80-93]. Available from: <https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/352/405>
18. Campos EN, Campos EN, Fernandez NC, Valdés OP. Cuidados de enfermería durante la ventilación decúbito prono de pacientes con COVID-19. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2022 Sep 18 [cited 2023 Apr 9];38(3). Available from: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5497>

Capítulo 122

EL DELIRIUM EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

CARLOS VERA HERVÁS

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

1 Introducción

El delirio es un grave trastorno neuropsiquiátrico de origen orgánico caracterizado por alteraciones de consciencia y deterioro de las funciones cognitivas, con reducción de la capacidad de enfocar, mantener o cambiar la atención. (1,2)

Es la disfunción cerebral más común en los pacientes de UCI, de curso fluctuante y etiología multifactorial y compleja. (2) La epidemiología en UCI es significativa, ya que el delirio se presenta en el 40% - 60% de los pacientes no ventilados y en el 50% -80% de los pacientes ventilados mecánicamente. (1)

Los factores de riesgo no modificables con fuerte evidencia son la edad, la demencia, el coma previo, la cirugía de emergencia previa a la UCI o el trauma. (3) El delirio se presenta como uno de sus tres subtipos: hiperactivo, hipoactivo y

mixto. Además de los subtipos principales, se han descrito dos variantes recientemente reconocidas de delirio: delirio subsindrómico y delirio relacionado con la sedación rápidamente reversible; el mixto es el más común. (1)

La herramienta de medición más recomendada y utilizada para la detección del delirio es la CAM – ICU(3). Otros modelos de predicción del delirio son el “Prediction of Delirium in ICU Patients” (PRE – DELIRIC) o el “Early Prediction of Delirium in ICU Patients” (E – PRE – DELIRIC), ambos basados en el CAM – ICU. (2)

En base a la evidencia se ha comprobado que la aparición de delirio en la UCI conlleva un aumento de la mortalidad a los 6 meses, aumento de la estancia hospitalaria y mayor duración de la Ventilación Mecánica (VM); además lleva asociado el incremento del coste por su estancia en UCI y un aumento del riesgo de efectos adversos (extubación, úlceras por presión, inmovilidad adquirida, arritmias cardíacas). (1)

Además, el manejo de este tipo de pacientes requiere una mayor atención de enfermería debido a la prolongación del ingreso, así como al incremento del riesgo de complicaciones. A nivel económico se estima que el coste anual es de más de 164 mil millones de dólares en EE. UU y más de 182 mil millones de euros en Europa. (1,3)

Por ello, es importante que el personal que atiende a los pacientes susceptibles de padecer delirio, generalmente enfermería, detecte y trate el delirio de manera precoz para reducir el impacto en el paciente a corto y largo plazo.

2 Objetivos

- Objetivo General es revisar la evidencia científica actual por medio de una revisión bibliográfica respecto a las recomendaciones en el manejo y prevención del delirio de las unidades de cuidados intensivos.
- Objetivo Secundario: determinar el papel de enfermería en la prevención y tratamiento de la aparición del delirio.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática en las principales bases de datos (Pubmed, Scielo, Cuiden, Cochrane Library) de búsqueda bibliográfica y estudios

científicos. La búsqueda ha sido de las revisiones sistemáticas y metaanálisis publicadas en los últimos 5 años sobre la temática de estudio. Se realizó la búsqueda en inglés y en español, utilizándose los términos MeSH “ICU”, “Nursing” y “Delirium” utilizando el operador booleano AND.

Además, se ha utilizado el muestreo en bola de nieve para elegir artículos a partir de los seleccionados en las bases de datos mencionadas anteriormente.

Por otra parte, se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión: o Artículos en inglés y español. Por el interés de la temática también en portugués. o Revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Criterios de exclusión: o Artículos publicados con anterioridad a 2018. o Artículos que no traten sobre el tema propuesto. o No en humanos.

Una vez realizado el correspondiente cribado, se han seleccionado 13 artículos para llevar a cabo el estudio.

4 Resultados

“Multiprofessional care for delirium patients in intensive care: integrative review” de Souza et al. Los resultados al respecto es que los principales cuidados fueron: pausa de sedación, movilización temprana, directrices para el tratamiento del dolor y delirium y la agitación psicomotora, orientación cognitiva, promoción de sueño, ambiente y participación de la familia. (8)

En el trabajo de Lin et al. (11), “Family-centred care interventions to reduce the delirium prevalence in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis”, Se concluye que la atención centrada en la familia es eficaz para reducir la prevalencia del delirio, pero este dato debe ratificarse con investigación de mayor evidencia.

Boehm et al. publican “Delirium-related distress in the ICU: A qualitative meta-synthesis of patient and family perspectives and experiences”, se concluye que, durante estas experiencias difíciles y angustiosas, los pacientes y familias valoraban mucho las muestras de empatía y amabilidad por parte del personal sanitario. (12)

En “Effect of Delirium Prevention Program on Delirium Occurrence and the

Length of Intensive Care Unit (ICU) Stay: A Systematic Review and Meta-Analysis” de Ryu et al., se concluye para del manejo del delirio se deben tener presentes las intervenciones multidisciplinarias de enfermería. (14)

“Non-Pharmacological Nursing Interventions for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adult Patients: Systematic Review of Randomized Controlled Trials” de Lee et al., concluyen que los tipos de intervenciones no farmacológicas incluyeron la intervención multidisciplinarias, educación multimedia, escucha de música, tutoría de cuidadores familiares sobre el manejo del delirio, exposición a luz brillante, tapones para los oídos e intervenciones de simulación para familiares. (9)

Janssen et al. publican “Prevention of postoperative delirium in elderly patients planned for elective surgery: systematic review and meta-analysis”, donde se concluye que las intervenciones multidisciplinarias, el uso de antipsicóticos, el BIS como herramienta y el tratamiento con Dexmedetomidina, pueden reducir la incidencia de delirio. (4)

En el trabajo “ICU Delirium-Prediction Models: A Systematic Review” de Ruppert et al., se observa que, aunque la mayoría de los modelos de predicción de delirio en la UCI tienen un rendimiento relativamente bueno, tienen una aplicabilidad limitada en la práctica clínica. (16)

Ng et al., concluyen en “The effect of dexmedetomidine on delirium and agitation in patients in intensive care: systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis”, que la dexmedetomidina sí reduce la incidencia de delirio y agitación, pero no en cuanto a la mortalidad. (5)

En “A call to action for delirium research: Meta-analysis and regression of delirium associated mortality” de Aung Thein et al., se comprobó que hay una significación entre padecer delirio y el aumento de las probabilidades de mortalidad; además se ha visto que la mortalidad asociada al delirio no ha disminuido en los últimos años por lo que se requieren tratamientos más efectivos e investigación al respecto. (7)

Burry et al, publican “Pharmacological and non-pharmacological interventions to prevent delirium in critically ill patients: a systematic review and network meta-analysis”, donde comentan que las intervenciones más efectivas para reducir la incidencia de delirio fueron la administración de dexmedetomidina y las estrategias para reducir al mínimo la sedación. (6)

En “Intervenciones y efectividad del Paquete ABCDEF en el tratamiento de delirium: revisión de alcance” de Gómez Tovar et al., se comprobó que la monitorización del dolor y su control con fármacos y relajación, la implementación de un protocolo de despertar y respiración espontánea, la administración de analgesia antes de la sedación (mínima o nula) monitorizando el estado de conciencia y profundidad de la sedación con escalas validadas y monitorizando el delirium al menos 1 vez/día, la movilización temprana y la vinculación de la familia en el cuidado del paciente, reducen la aparición del delirio. (10)

En el trabajo de Flores Oñate et al., “Cuidados para el manejo de delirio en Unidades de Paciente Crítico: una revisión integrativa”, se concluye que el papel de enfermería es crucial en la prevención y manejo precoz del delirio, al ser el profesional sanitario que más tiempo pasa a pie de cama durante el ingreso del paciente. La aparición del delirio tiene una fuerte repercusión negativa tanto para el paciente como para la calidad de los cuidados. (13)

Contreras et al., publican en “Nursing intervention to prevent delirium in critically ill adults” que las intervenciones de prevención llevadas a cabo por enfermería disminuyeron la incidencia del delirio en la UCI, demostrando el papel tan importante que tiene este colectivo sanitario al respecto. (15)

5 Discusión-Conclusión

En primer lugar, comentar el uso de la Dexmedetomidina en la prevención de la aparición del delirio, como exponen en el trabajo de Janssen et al., Ng et al., y Burry et al. (4–6) Comentan que no solamente reduce la incidencia de aparición del delirio, sino también para tratamiento de este. Tanto en el trabajo de Aung Thein et al., como en Ng et al., exponen la necesidad de la prevención del delirio al tener un índice de mortalidad asociado muy elevado, lo que requiere mayor investigación en cuanto a tratamientos se refiere. (5,7)

En la misma línea, aspecto importante para la prevención y manejo del delirio son las medidas no farmacológicas. Varios autores coinciden en que monitorizar el dolor y su control farmacológico, despertar temprano y controlado con administración de analgesia antes de la sedación, monitorizar el nivel de conciencia con escalas validadas y valoración del delirio una vez al día. (4,6,8–10) La exposición a la luz natural, la movilización temprana y sobre todo la atención y participación de la familia en el cuidado del paciente, ha demostrado tener una evidencia considerable para la prevención del delirio, además de la mejoría en

cuanto a la experiencia del paso por UCI. (11,12) Otras medidas que se proponen en el trabajo de Janssen et al, son las intervenciones multidisciplinarias, el uso de antipsicóticos y el control del estado de conciencia por el BIS. (4)

Por último, mencionar la evidencia encontrada respecto a la implicación de enfermería en la prevención y tratamiento del delirio. Se resalta la abundante evidencia que hay de que los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en la prevención, detección y manejo del delirio en UCI al ser el profesional que más tiempo pasa a pie de cama. (13) Ryu et al. y Contreras et al. concuerdan que, en el manejo del delirio, las intervenciones preventivas llevadas a cabo por enfermería han demostrado disminuir la incidencia de este. (14,15) Se destaca en el estudio de Ruppert et al. que, aunque las herramientas de monitorización del delirio tienen un adecuado rendimiento, tienen una aplicabilidad limitada en la práctica diaria, por lo que sería recomendable una mayor investigación al respecto para mejorar en el manejo de este problema. (16)

Como conclusión, el delirio es una afectación muy común del paciente crítico que lleva asociada una serie de consecuencias nefastas, con un aumento significativo de la mortalidad, aumento del tiempo de estancia en UCI, así como el elevado consumo de recursos tanto materiales como humanos.

Se ha visto que una adecuada intervención en la prevención y tratamiento, con el uso de escalas validadas como la CAM-ICU, dexmedetomidina, medidas no farmacológicas, estrategias multidisciplinarias de reducción del delirio y más concretamente de enfermería, lo reducen. En este sentido es importante invertir en formación al respecto, para que los profesionales de enfermería estén capacitados en la detección y manejo del delirio, al haberse demostrado una disminución en la incidencia de este y por ende de la mortalidad. Se debe seguir investigando en este sentido, en la repercusión de las medidas enfermeras para la disminución de la incidencia del delirio, así como la creación de nuevas herramientas de medición factibles en la práctica clínica.

6 Bibliografía

1. Palacio Jiménez M. El delirio en la UCI, una revisión narrativa de la evidencia existente. Conocimiento Enfermero [Internet]. 2021 [cited 2023 Apr 18];14:05–21. Available from: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/165/94>
2. Park SY, Lee HB. Prevention and management of delirium in critically ill adult

- patients in the intensive care unit: a review based on the 2018 PADIS guidelines. *Acute and critical care* [Internet]. 2019 [cited 2023 Apr 18];34(2):117–25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31723916/>
3. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2023 Apr 18];46(9):E825–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30113379/>
 4. Janssen TL, Alberts AR, Hooft L, Mattace-Raso FUS, Mosk CA, Van Der Laan L. Prevention of postoperative delirium in elderly patients planned for elective surgery: systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2019 [cited 2023 Apr 19];14:1095–117. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31354253/>
 5. Ng KT, Shubash CJ, Chong JS. The effect of dexmedetomidine on delirium and agitation in patients in intensive care: systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis. *Anaesthesia* [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2023 Apr 19];74(3):380–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30367689/>
 6. Burry LD, Cheng W, Williamson DR, Adhikari NK, Egerod I, Kanji S, et al. Pharmacological and non-pharmacological interventions to prevent delirium in critically ill patients: a systematic review and network meta-analysis. *Intensive Care Med* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2023 Apr 19];47(9):943–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34379152/>
 7. Aung Thein MZ, Pereira J V., Nitchingham A, Caplan GA. A call to action for delirium research: Meta-analysis and regression of delirium associated mortality. *BMC Geriatr* [Internet]. 2020 Sep 7 [cited 2023 Apr 19];20(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32894065/>
 8. Souza TL de, Azzolin K de O, Fernandes VR. Multiprofessional care for delirium patients in intensive care: integrative review. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2018 Aug 2 [cited 2023 Apr 19];39:e20170157. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30088606/>
 9. Lee Y, Lee J, Kim J, Jung Y. Non-Pharmacological Nursing Interventions for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adult Patients: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Aug 2 [cited 2023 Apr 19];18(16). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34444602/>
 10. Gómez Tovar LO, Henao-Castaño ÁM, Gómez Tovar LO, Henao-Castaño ÁM. Intervenciones y efectividad del Paquete ABCDEF en el tratamiento de delirium: revisión de alcance. *Avances en Enfermería* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited

- 2023 Apr 19];39(3):395–414. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002021000300395&lng=en&nrm=iso&tlng=es
11. Lin L, Peng Y, Zhang H, Huang X, Chen L, Lin Y. Family-centred care interventions to reduce the delirium prevalence in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Open* [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2023 Apr 19];9(4):1933–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35434971/>
 12. Boehm LM, Jones AC, Selim AA, Virdun C, Garrard CF, Walden RL, et al. Delirium-related distress in the ICU: A qualitative meta-synthesis of patient and family perspectives and experiences. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2023 Apr 19];122. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34343884/>
 13. Flores Oñate G, Ceballos Vásquez P, Mejías Parada R. Cuidados para el manejo de delirio en Unidades de Paciente Crítico: una revisión integrativa. *Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades*, ISSN 1138-1728, ISSN-e 1699-6003, No 59, 2021, págs 144-156 [Internet]. 2021 [cited 2023 Apr 20];(59):144–56. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7884642&info=resumen&idioma=SPA>
 14. Ryu S, Kim YH, Kim NY. Effect of Delirium Prevention Program on Delirium Occurrence and the Length of Intensive Care Unit (ICU) Stay: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Public Health* [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 19];51(8):1741–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36249104/>
 15. Contreras CCT, Páez-Esteban AN, Rincon-Romero MK, Carvajal RR, Herrera MM, delCastillo AHD. Nursing intervention to prevent delirium in critically ill adults. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2021 Apr 16 [cited 2023 Apr 20];55:e03685. Available from: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/W6L5CNrZ9GhN7RXJZRvR89w/>
 16. Ruppert MM, Lipori J, Patel S, Ingersent E, Cupka J, Ozrazgat-Baslanti T, et al. ICU Delirium-Prediction Models: A Systematic Review. *Crit Care Explor* [Internet]. 2020 Dec 16 [cited 2023 Apr 19];2(12):e0296. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33354672/>

Capítulo 123

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

ALBA LÓPEZ MARTIN

NATALIA AMATE ESCABIAS

BLANCA HERRERO ALCAIDE

LAURA VARGAS BEAMUD

CELIA ARROYO MOLINA

1 Introducción

Hoy en día, cuando surge un problema de salud, uno siempre quiere ser atendido en el mejor hospital del mundo por el mejor médico y con las mejores técnicas y tratamientos.

Pero para lograr recibir esa atención de calidad, no nos podemos olvidar también de la importancia que supone el papel del personal de enfermería que es determinante para manejar cualquier tipo de dolencia.

Se puede decir que la enfermería es una profesión que está enfocada a aquellas personas que tienen una gran vocación de servicio hacia las demás personas, se preocupan por ellas y las atienden y cuidan de la mejor manera posible llegando a desempeñar un rol muy importante en nuestra sociedad.

El personal de enfermería es aquel personal que se encarga de realizar el cuidado y la atención a todo tipo de personas.

La labor de enfermería en muchas ocasiones varía en función del tipo de necesidades que tenga el paciente que se encuentra en el centro sanitario.

Por repasar de forma genérica, algunas de las funciones que realiza el personal de enfermería son hacer análisis de sangre, curar heridas, hacer exámenes físicos del paciente, entre muchas otras.

También hay que decir que el personal de enfermería realiza la gestión de historiales clínicos.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer la actuación de enfermería ante un paciente con la esclerosis lateral amiotrófica.

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

Esta enfermedad conlleva consecuencias graves para el enfermo y la familia. Se tienen dificultades de modo progresivo en la movilización, tienen que cambiar la alimentación y respiración, el paciente tienen cada vez más una dependencia para la familia incluyendo un elevado coste económico y un elemento que para el sistema sanitario también es importante. En la actualidad no existe un tratamiento que cure la enfermedad por lo que no el desenlace de esta enfermedad es sabido por la familia desde el principio. Se puede mantener y en algunos casos mejorar la calidad de vida de los pacientes y de las familias para que se apliquen medidas de carácter terapéutico que son de mecánica invasiva como la ventilación o la colocación de sonda, y una enorme carga de tratamiento fisioterapéutico y apoyo psicológico. Es una de las enfermedades con carácter degenerativo en la

que es necesaria la intervención de un equipo multidisciplinar entre el paciente y su familia junto con la atención en primaria y especializada, estos enfermos y sus familias suelen pertenecer a asociaciones en las que a través de ellas se la ofrecen distintos servicios que se sirven del estado para poder mantener la mayor calidad de vida. El equipo que debe de valorar, tratar y acompañar al paciente durante su enfermedad es innumerable por las consecuencias de varios sistemas que genera la Esclerosis Los centros de día ofrecen a estos pacientes una salida en la que junto con enfermería y fisioterapia deben de trabajar conjuntamente para el ejercicio de estos pacientes, el apoyo psicológico para el paciente y los familiares es vital para entender, comprender y sobrellevar la enfermedad siendo conscientes del mal pronóstico de esta con la mayor calidad de vida posible.

5 Discusión-Conclusión

Tras nuestra experiencia podemos recomendar la realización de distintas tareas para poder optimizar el tratamiento y hacer un seguimiento de forma individual, es importante para los enfermos y sus familiares el poder reducir los desplazamientos al mínimo posible mejorando a su vez la comunicación y coordinación entre los distintos especialistas que forma parte del equipo multidisciplinar, el fin que se tiene es mejorar la calidad de vida de los pacientes manteniendo está en la supervivencia alargándola a través del ejercicio y cuidados diarios. La figura de enfermería es crucial en esta enfermedad, hace de coordinador entre los distintos profesionales para reducir desplazamientos, coordinar consultas y hacer más fácil al enfermo y a la familia el proceso de la enfermedad.

6 Bibliografía

- <http://es.slideshare.net>.
- 2. <http://revistamedica.com>.
- 3. <http://books.google.es>.

Capítulo 124

COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

MARINA MORALES QUIRALTE

ELENA MARTINEZ ALFARO

PAULA MONREAL BRUNNER

NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ

CAMILA MARÍA TERCERO ABAD

1 Introducción

La insuficiencia cardíaca es una condición médica crónica en la que el corazón no puede bombear suficiente sangre para satisfacer las necesidades del cuerpo. Esto puede deberse a una disminución en la fuerza de bombeo del corazón o a problemas en el llenado de las cavidades cardíacas. Esta condición afecta a millones de personas en todo el mundo y puede tener causas diversas, como enfermedad coronaria, hipertensión arterial, enfermedades valvulares, cardiomiopatía o trastornos del ritmo cardíaco.

Los síntomas comunes de la insuficiencia cardíaca incluyen dificultad para respirar, fatiga, hinchazón en las piernas y los tobillos, así como una reducción en la capacidad de ejercicio. Esta condición puede ser progresiva y debilitante, lo que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes.

El tratamiento de la insuficiencia cardíaca se centra en aliviar los síntomas, mejorar la función cardíaca y prevenir complicaciones. Esto puede incluir cambios en el estilo de vida, como una dieta baja en sal, la administración de medicamentos para fortalecer el corazón y controlar la presión arterial, así como intervenciones quirúrgicas, como la colocación de dispositivos cardíacos o trasplantes de corazón en casos graves.

La insuficiencia cardíaca es una afección crónica en la que el corazón no puede bombear suficiente sangre para satisfacer las demandas del cuerpo. Es una condición que requiere una atención médica continua y un enfoque integral para mejorar la calidad de vida de los pacientes y prevenir complicaciones graves.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del enfermero en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en el paciente con insuficiencia cardíaca.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica y en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Posteriormente, se ha revisado la publicación de forma empírica.

4 Resultados

El enfermero juega un papel fundamental en la atención integral de los pacientes con insuficiencia cardíaca, brindando cuidados específicos para controlar los síntomas, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida.

A continuación, se describen las funciones clave del enfermero en la atención al paciente con insuficiencia cardíaca:

- Evaluación y seguimiento:

El enfermero realiza una evaluación completa del paciente, que incluye la revisión de su historial médico, la medición de signos vitales, la auscultación cardíaca y pulmonar, y la evaluación de síntomas como la disnea y la fatiga. Esta

evaluación se repite periódicamente para monitorear la progresión de la enfermedad y ajustar el plan de cuidados en consecuencia.

- Educación al paciente:

El enfermero educa al paciente y a su familia sobre la insuficiencia cardíaca, sus causas, síntomas y tratamiento. Proporciona información sobre la importancia de seguir un régimen de medicamentos, la dieta, el control de líquidos y el manejo de síntomas de alarma. También enseña técnicas de pesaje diario y el monitoreo de síntomas para detectar signos tempranos de descompensación.

- Administración de medicamentos:

El enfermero administra y supervisa la administración de medicamentos, como diuréticos, inhibidores de la ECA (enzima convertidora de angiotensina), betabloqueantes y otros, según las indicaciones médicas. Además, se asegura de que el paciente comprenda la importancia de tomar sus medicamentos según lo prescrito.

- Control de líquidos y dieta:

El enfermero colabora en el control de la ingesta de líquidos y la dieta del paciente, que a menudo incluye restricciones de sodio. Educa al paciente sobre cómo leer las etiquetas de alimentos y preparar comidas saludables para mantener un equilibrio adecuado de líquidos y evitar la retención de agua.

- Seguimiento de signos de alarma:

El enfermero enseña al paciente a reconocer signos de alarma, como aumento de la disnea, edema en las extremidades o ganancia de peso rápida, y a comunicarse con el equipo médico si surgen estos síntomas.

- Apoyo emocional:

La insuficiencia cardíaca puede ser una enfermedad crónica y debilitante. El enfermero brinda apoyo emocional al paciente y a su familia, escuchando sus preocupaciones y proporcionando orientación para afrontar los desafíos emocionales que conlleva la enfermedad.

- Coordinación del cuidado:

El enfermero trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como cardiólogos, dietistas y terapeutas físicos, para coordinar el plan de cuidados del paciente y garantizar una atención integral.

En resumen, el enfermero desempeña un papel vital en la atención al paciente con insuficiencia cardíaca al realizar evaluaciones, proporcionar educación, administrar medicamentos, controlar la dieta y líquidos, y brindar apoyo emocional. Su enfoque es esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes y garantizar una gestión efectiva de esta enfermedad crónica.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar un cuidado efectivo y empático a los pacientes con insuficiencia cardíaca, es fundamental establecer una relación de confianza y proporcionar un apoyo integral. En primer lugar, escuchar activamente al paciente es esencial. Es fundamental dedicar tiempo a comprender sus preocupaciones, preguntas y emociones. La comunicación abierta y la empatía son clave para fortalecer esta relación.

En segundo lugar, educar al paciente sobre su condición de manera comprensible y alentadora. Es necesario proporcionar información sobre el tratamiento, el manejo de síntomas y la importancia del cumplimiento del plan de cuidados y animar al paciente a hacer preguntas y participar activamente en su autocuidado. En conjunto, un enfoque de cuidado centrado en el paciente, que combine la escucha atenta con la educación efectiva, puede ayudar a los pacientes con insuficiencia cardíaca a sentirse apoyados y capacitados para manejar su condición de manera óptima.

6 Bibliografía

1. Esperón, T., & Maricela, J. (2004). Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. *Revista cubana de salud pública*, 30(4), 0-0.

Capítulo 125

COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ANEURISMA DE AORTA

MARINA MORALES QUIRALTE

ELENA MARTINEZ ALFARO

PAULA MONREAL BRUNNER

NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ

CAMILA MARÍA TERCERO ABAD

1 Introducción

Un aneurisma de aorta es una dilatación anormal y localizada en la pared de la arteria aorta, la arteria principal que transporta sangre oxigenada desde el corazón hacia el resto del cuerpo. Esta dilatación puede debilitar la pared arterial y aumentar el riesgo de ruptura, lo que puede ser potencialmente mortal.

Existen dos tipos principales de aneurismas de aorta:

- Aneurisma de aorta abdominal (AAA): Este tipo ocurre en la porción abdominal de la aorta y es más común en hombres mayores de 65 años. Por lo general, es asintomático hasta que se vuelve grande o se rompe. Si se detecta a tiempo, se pueden realizar seguimientos o procedimientos para prevenir la ruptura.
- Aneurisma de aorta torácica: (AAT): Este tipo afecta la porción torácica de la aorta, cerca del corazón. Los síntomas pueden variar según la ubicación y el

tamaño del aneurisma, pero pueden incluir dolor en el pecho, dificultad para tragar, tos y problemas respiratorios. La ruptura de un AAT es una emergencia médica.

Los factores de riesgo para desarrollar aneurismas de aorta incluyen la edad avanzada, el tabaquismo, la hipertensión arterial, la aterosclerosis y una historia familiar de la enfermedad.

El diagnóstico suele realizarse mediante estudios de imágenes como la ecografía, la tomografía computarizada o la resonancia magnética. El tratamiento depende del tamaño y la ubicación del aneurisma. Puede incluir seguimiento regular, medicamentos para controlar la presión arterial o procedimientos invasivos como la cirugía de reparación o el implante de endoprótesis aórticas.

Un aneurisma de aorta es una dilatación anormal de la arteria aorta que puede ser potencialmente mortal si se rompe. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son fundamentales para prevenir complicaciones graves y garantizar una atención adecuada para los pacientes con esta condición.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del enfermero en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en el paciente con aneurisma de aorta.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica y en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Posteriormente, se ha revisado la publicación de forma empírica.

4 Resultados

El enfermero desempeña un papel crucial en la atención de los pacientes con aneurisma de aorta, brindando cuidados especializados para garantizar su bienestar y seguridad.

Aquí se describen las funciones clave del enfermero en esta área:

- Evaluación y monitoreo continuo:

El enfermero realiza evaluaciones regulares del paciente con aneurisma de aorta para vigilar su estado de salud. Esto incluye medir la presión arterial, monitorizar el pulso, observar cualquier cambio en los signos vitales y evaluar los síntomas relacionados con el aneurisma. La detección temprana de cambios potencialmente peligrosos es esencial.

- Educación del paciente:

El enfermero educa al paciente sobre su condición, los factores de riesgo, los síntomas de alarma y las medidas preventivas. Proporciona información sobre cómo controlar la presión arterial, dejar de fumar, llevar un estilo de vida saludable y cuándo buscar atención médica urgente.

- Manejo del dolor y la incomodidad:

El paciente con un aneurisma de aorta puede experimentar dolor en el área afectada o síntomas relacionados con la compresión de estructuras cercanas. El enfermero administra medicamentos para aliviar el dolor según lo prescrito y utiliza estrategias no farmacológicas, como la posición adecuada y la relajación, para mejorar la comodidad.

- Vigilancia de posibles complicaciones:

Los enfermeros están atentos a signos de complicaciones, como la ruptura de un aneurisma o la formación de coágulos sanguíneos. Cualquier cambio en el estado del paciente se informa de inmediato al equipo médico para una intervención oportuna.

- Apoyo emocional:

Un diagnóstico de aneurisma de aorta puede ser emocionalmente abrumador. Los enfermeros brindan apoyo emocional al paciente y a sus familias, ofreciendo escucha activa y recursos para afrontar el estrés y la ansiedad asociados con la enfermedad.

- Coordinación del cuidado:

El enfermero trabaja en estrecha colaboración con otros miembros del equipo de atención médica, como cirujanos vasculares y especialistas en cardiología, para coordinar el plan de cuidados del paciente. Esto incluye programar procedimientos quirúrgicos si son necesarios y asegurarse de que el paciente esté bien preparado para ellos.

El enfermero desempeña un papel multifacético en la atención del paciente con aneurisma de aorta, desde la evaluación y el monitoreo hasta la educación, el manejo del dolor, la vigilancia de complicaciones y el apoyo emocional. Su en-

foque centrado en el paciente y la coordinación eficaz con el equipo de atención médica son fundamentales para brindar una atención de calidad a estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar un buen trato al paciente con un aneurisma de aorta, es esencial priorizar la comunicación, la empatía y la seguridad. En primer lugar, escuchar activamente al paciente y mostrar interés en sus preocupaciones es fundamental. Dedique tiempo para responder sus preguntas y abordar sus miedos, lo que puede ayudar a reducir la ansiedad asociada a esta condición.

En segundo lugar, eduque al paciente sobre su enfermedad y las medidas preventivas. Proporcione información clara y comprensible sobre el aneurisma, los síntomas de alarma y las estrategias para mantener una buena salud cardiovascular. Anime al paciente a participar activamente en su autocuidado y a seguir las indicaciones médicas.

En conjunto, una relación de confianza basada en la comunicación abierta y el apoyo puede marcar la diferencia en la experiencia del paciente con un aneurisma de aorta. La empatía y la educación son herramientas poderosas para empoderar al paciente y ayudar en su camino hacia un manejo efectivo de esta condición.

6 Bibliografía

1. Esperón, T., & Maricela, J. (2004). Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. *Revista cubana de salud pública*, 30(4), 0-0.

Capítulo 126

COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

MARINA MORALES QUIRALTE

ELENA MARTINEZ ALFARO

PAULA MONREAL BRUNNER

NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ

CAMILA MARÍA TERCERO ABAD

1 Introducción

La hipertensión arterial sistémica (HTA) es una condición médica crónica en la cual la presión arterial en las arterias es constantemente elevada, lo que significa que el corazón tiene que trabajar más duro de lo normal para bombear sangre a través del sistema circulatorio. La presión arterial se mide en milímetros de mercurio (mm Hg) y se expresa como dos números: la presión sistólica (el número superior) y la presión diastólica (el número inferior).

Una presión arterial normal se considera generalmente alrededor de 120/80 mm Hg. En el caso de la HTA, la presión arterial suele ser igual o superior a 140/90 mm Hg en varias mediciones a lo largo del tiempo.

La HTA puede ser esencial (sin una causa identificable) o secundaria (causada por otras condiciones médicas como enfermedades renales o endocrinas). Esta

condición es un factor de riesgo importante para enfermedades cardiovasculares, como enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular y enfermedad renal crónica.

El tratamiento de la HTA puede incluir cambios en el estilo de vida, como una dieta saludable y la actividad física regular, así como medicamentos recetados para reducir la presión arterial. Es esencial controlar y gestionar la HTA para prevenir complicaciones graves y mejorar la calidad de vida del paciente.

La hipertensión arterial sistémica es una afección crónica en la que la presión arterial en las arterias está constantemente elevada, lo que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Su manejo implica cambios en el estilo de vida y, en algunos casos, medicamentos recetados para reducir la presión arterial y prevenir complicaciones.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del enfermero en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en el paciente con hipertensión arterial sistémica.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica y en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Posteriormente, se ha revisado la publicación de forma empírica.

4 Resultados

El enfermero desempeña un papel crucial en la atención al paciente con hipertensión arterial sistémica (HTA), ya que la gestión efectiva de esta condición crónica es esencial para prevenir complicaciones graves y mejorar la calidad de vida del paciente. Aquí se describen las funciones clave del enfermero en el cuidado de pacientes con HTA:

- Evaluación y diagnóstico:

El enfermero realiza una evaluación integral del paciente, que incluye la medición precisa de la presión arterial, la revisión de antecedentes médicos y el monitoreo

de síntomas relacionados con la HTA, como dolores de cabeza, mareos o visión borrosa. Esta evaluación ayuda a establecer un diagnóstico preciso y a determinar el nivel de riesgo cardiovascular.

- Educación y consejería:

El enfermero educa al paciente sobre la HTA, sus causas, factores de riesgo y los posibles efectos en la salud. Proporciona orientación sobre cambios en el estilo de vida, como la dieta baja en sodio, la actividad física regular y la reducción del estrés. Además, destaca la importancia de tomar medicamentos según lo prescrito y brinda información sobre posibles efectos secundarios y su control.

- Control y seguimiento:

El enfermero monitorea regularmente la presión arterial del paciente y registra los datos para evaluar la respuesta al tratamiento. Ayuda al paciente a llevar un registro de su presión arterial en el hogar y establece metas de control. También se asegura de que el paciente comprenda cuándo y cómo tomar sus medicamentos.

- Promoción de cambios en el estilo de vida:

El enfermero trabaja con el paciente para implementar cambios saludables en el estilo de vida, como la adopción de una dieta equilibrada, la reducción del consumo de sal, el aumento de la actividad física y la eliminación de hábitos perjudiciales, como el tabaquismo o el consumo excesivo de alcohol.

- Apoyo emocional:

La HTA puede causar estrés y ansiedad. El enfermero ofrece apoyo emocional al paciente, lo escucha activamente y brinda herramientas para afrontar el impacto psicológico de la enfermedad.

- Coordinación del cuidado:

El enfermero colabora con otros profesionales de la salud, como médicos, dietistas y farmacéuticos, para garantizar una atención integral y un tratamiento coordinado.

El enfermero desempeña un papel esencial en el manejo de la hipertensión arterial sistémica al realizar evaluaciones, educar al paciente, monitorear la presión arterial, promover cambios en el estilo de vida y proporcionar apoyo emocional. Su enfoque centrado en el paciente y la coordinación con otros miembros del equipo de atención médica son fundamentales para lograr un control adecuado de la HTA y prevenir complicaciones cardiovasculares.

5 Discusión-Conclusión

Para un tratamiento efectivo de la hipertensión arterial sistémica (HTA), es fundamental seguir algunas recomendaciones clave. En primer lugar, la adherencia al tratamiento médico es esencial. Asegurarse de tomar sus medicamentos según lo recetado por su médico y no interrumpa el tratamiento sin su aprobación. La medicación puede ayudar a controlar su presión arterial y prevenir complicaciones.

En segundo lugar, adoptar un estilo de vida saludable. Esto implica llevar una dieta equilibrada baja en sodio, hacer ejercicio regularmente, controlar su peso y evitar el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol. Estos cambios en el estilo de vida pueden ayudar a reducir la presión arterial y mejorar su salud cardiovascular en general.

Hay que destacar que la HTA es una condición crónica que requiere una atención constante. Mantener un seguimiento regular con su médico y realizar controles de presión arterial en casa puede ayudar a controlar su condición de manera efectiva. Se debe consultar al equipo de atención médica para obtener orientación adicional y resolver cualquier inquietud.

6 Bibliografía

1. Esperón, T., & Maricela, J. (2004). Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. *Revista cubana de salud pública*, 30(4), 0-0.

Capítulo 127

EL PACIENTE CON FARINGITIS Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ARÁNZAZU FERNÁNDEZ CHUECO

KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ

ELENA ROJAS RODRÍGUEZ

FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ PASCUAL

JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ

1 Introducción

La faringitis grave, también conocida como faringitis aguda severa, es una inflamación aguda y dolorosa de la faringe, la parte posterior de la garganta. Esta afección generalmente es causada por una infección viral o bacteriana y puede ser altamente incómoda y debilitante. Aquí, se describen las características y consecuencias de la faringitis grave:

Los síntomas de la faringitis grave incluyen dolor de garganta intenso, dificultad para tragar, fiebre alta, fatiga, dolor de cabeza y malestar general. La faringitis bacteriana, a menudo causada por el *Streptococcus pyogenes*, también puede presentar pus en las amígdalas y glándulas inflamadas en el cuello.

Es importante tratar adecuadamente la faringitis grave, especialmente si es de origen bacteriano, ya que puede llevar a complicaciones como la fiebre reumática o la glomerulonefritis postestreptocócica si no se maneja adecuadamente. El tratamiento generalmente implica el uso de antibióticos si la causa es bacteriana, así como medidas de apoyo como descanso, analgésicos y mantenerse bien hidratado. Es esencial consultar a un profesional de la salud para un diagnóstico y tratamiento adecuados.

La prevención de la faringitis grave se basa en prácticas de higiene adecuadas, como lavarse las manos regularmente y evitar el contacto cercano con personas infectadas. Además, evitar el uso excesivo de antibióticos y cumplir con el tratamiento completo si se prescriben son pasos importantes para prevenir la resistencia a los antibióticos y reducir la propagación de la enfermedad.

2 Objetivos

El objetivo que se pretende es el de mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las tareas que son de su competencia.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel crucial en el cuidado del paciente con faringitis crónica grave que ingresa en el hospital. Sus funciones son variadas y están orientadas a proporcionar apoyo al enfermero y garantizar la comodidad y el bienestar del paciente. A continuación, se describen las funciones clave del técnico en esta situación:

Asistencia en la admisión: El técnico auxilia en el proceso de admisión del paciente, asegurando que se complete la documentación necesaria y facilitando la orientación del paciente y su familia en la unidad hospitalaria.

Monitorización de signos vitales: El técnico toma y registra los signos vitales del paciente, incluyendo la temperatura, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria, proporcionando información importante para la evaluación del estado del paciente.

Colaboración en la movilización: Ayuda al paciente a moverse de manera segura dentro de la unidad hospitalaria, fomentando la actividad física moderada que puede ser beneficiosa para el bienestar general.

Asistencia en la higiene y confort: Ayuda al paciente en la realización de la higiene personal, asegurando que esté cómodo y proporcionándole apoyo en la realización de actividades básicas como el aseo y el cambio de ropa de cama.

Distribución de medicamentos: Bajo supervisión del enfermero, el técnico puede ayudar en la administración de medicamentos orales o tópicos según las indicaciones médicas, asegurándose de seguir los protocolos de seguridad.

Asistencia en la alimentación: Colabora en la alimentación del paciente, asegurando que reciba la dieta prescrita y observando cualquier dificultad para tragar o signos de desnutrición.

Apoyo emocional: Brinda apoyo emocional al paciente, escuchando sus preocupaciones y ofreciendo compañía y consuelo durante su estancia hospitalaria.

Registro de información: Mantiene registros precisos de las actividades realizadas, los signos vitales y cualquier observación relevante sobre el estado del paciente, proporcionando información vital para el equipo de atención médica.

Comunicación efectiva: Colabora en la comunicación entre el paciente, su familia y el equipo de salud, transmitiendo información sobre el plan de cuidados y las necesidades del paciente.

Educación al paciente: Bajo la dirección del enfermero, puede proporcionar educación básica al paciente sobre su condición, el tratamiento y las medidas de prevención.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel esencial en el cuidado del paciente con faringitis crónica grave en el entorno hospitalario. Su atención, apoyo y colaboración son fundamentales para garantizar una atención integral y contribuir a la recuperación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Para el paciente que enfrenta la faringitis crónica grave, quiero ofrecer algunas recomendaciones esenciales. En primer lugar, es crucial seguir rigurosamente el plan de tratamiento prescrito por el médico, incluyendo la toma de antibióticos

si son recetados. Esto ayudará a abordar la causa subyacente de la faringitis y a prevenir recaídas.

En segundo lugar, es fundamental mantener una buena higiene oral, que incluye cepillarse los dientes regularmente, usar enjuague bucal y mantener una adecuada hidratación. También se recomienda evitar fumar y el consumo de alcohol, ya que estos hábitos pueden agravar la inflamación de la garganta.

Además, escuchar a su cuerpo es esencial. Descansar lo suficiente y evitar el esfuerzo vocal excesivo puede ayudar a la recuperación. Por último, mantenga una comunicación abierta con su equipo médico y su enfermero para discutir cualquier preocupación o síntoma persistente. La atención y el seguimiento adecuados son fundamentales para una recuperación exitosa en casos de faringitis crónica grave.

6 Bibliografía

Cordovilla, R., Álvarez, S., Llanos, L., Ares, A. N., Viedma, E. C., Díaz-Pérez, D., & Flandes, J. (2020). Recomendaciones de consenso SEPAR y AEER sobre el uso de la broncoscopia y la toma de muestras de la vía respiratoria en pacientes con sospecha o con infección confirmada por COVID-19. *Archivos de Bronconeumología*, 56, 19-26.

Capítulo 128

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PERSONAS CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

NOELIA VARGAS MUÑOZ

EVA ALONSO MORALES

MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA

NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS

ANA SÁNCHEZ ROSILLO

1 Introducción

Se estima que los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia, trastorno por atracones y no especificados), conocidos como TCA, son la tercera enfermedad más prevalente en la adolescencia, con un riesgo de padecerla entre el 4-12%. La edad de inicio es cada vez más precoz y la incidencia aumenta rápidamente. Tienen un origen multicausal (biológico, psicológico y cultural) pudiendo actuar como detonantes sobre todo la baja autoestima y la insatisfacción con la imagen corporal combinado con los factores socioculturales de los cánones de belleza actuales, redes sociales, entre otros y factores estresantes en el entorno familiar.

Aunque se manifestaba mayoritariamente en mujeres, adolescentes y jóvenes, la tendencia ha ido cambiando a lo largo de estos años, abarcando más rango de

edad, en ambos extremos, y teniendo también presencia masculina. Este tipo de pacientes suelen presentar comorbilidad, siendo frecuentes desarrollarlos junto con ansiedad, depresión o trastorno obsesivo-compulsivo (conocido como TOC). No obstante, la recuperación de estos trastornos suele ser alta. En torno al 60-70% de personas que lo presentan acaban recuperándose, mientras que un 20-25% presenta recaídas y no se recupera totalmente. Además, a lo largo del curso del trastorno, pueden existir fluctuaciones entre las diferentes tipologías nombradas anteriormente.

Sin embargo, aunque el riesgo de mortalidad es bajo, esta puede ser temprana si consideramos la tasa de suicidio en este tipo de pacientes.

El tratamiento se establece de manera multidisciplinar y se fundamenta en tres pilares: rehabilitación nutricional, psicoterapia y psicofármacos (aunque estos últimos no tienen efectividad en la alteración de la imagen corporal, las ideas obsesivas y la ansiedad relacionada con la nutrición).

2 Objetivos

Ampliar y actualizar los conocimientos acerca de los trastornos de conducta alimentaria.

Mejorar la prevención, detección precoz y procedimientos de enfermería en pacientes que padezcan TCA.

3 Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica partiendo de las palabras: “TCA, trastornos de conducta alimentaria, enfermería, práctica asistencial”. Utilizamos motores de búsqueda incluyendo Google académico, Scielo, Pubmed, Dialnet, Elsevier, además de revistas y web científicas como “Science direct”, “AEESME” etc. Se seleccionan estudios observacionales y revisiones en literatura de varios países, de un total de 19 artículos, acotando según bibliografía más actual y aportaciones más relevantes a los citados finalmente.

4 Resultados

Los artículos científicos consultados ponen en común como imprescindible el papel de la enfermería en este tipo de trastornos a todos los niveles, tanto en detección precoz y en tratamiento (multidisciplinar, en conjunto con psicólogo y

psiquiatra), como en seguimiento, ya que se realiza de manera integral y global e individualizada. Sin embargo, se encuentra que existe disparidad de recursos y que es necesaria la realización de protocolos consensuados.

Desde la visión de las pacientes, destacan el papel de la enfermería por la importancia que le otorgan a la relación de ayuda, sintiéndose escuchadas y acogidas, estableciendo con esta figura un punto de apoyo. Es por ello que se relacionan las intervenciones de enfermería con la reducción de la progresión de la enfermedad en etapas iniciales del trastorno y contribuyen a la expresión de los sentimientos de las pacientes. Y, consecuentemente, mejoraría las tasas de recuperación, disminuyendo así las recaídas y el número de ingresos.

La enfermera en este tipo de trastornos, según la literatura encontrada, basa sus funciones en establecer una relación de ayuda inesperada, buscar el origen del problema, derribar las barreras que se puedan encontrar y construir pilares con las pacientes y, por último, la de enseñar a entender el significado del TCA.

En cuanto al entorno de las personas afectadas por esta enfermedad, los estudios basados en encuestas realizadas a pacientes con este tipo de trastorno, reflejan en su mayoría que la familia se considera uno de los factores desencadenantes más comunes.

En cambio, partiendo de estos, destacan como elementos clave para la recuperación: la confianza que adquieren, el sentirse preparadas para trabajar en su recuperación, sentirse escuchadas y tenidas en cuenta y el tener una buena relación de apoyo con una figura terapéutica como la enfermera.

Finalmente, se hace hincapié en que la unidad de Hospital de día en este tipo de trastornos es fundamental para evitar la hospitalización en la mayoría de los casos, ya que solo sería imprescindible cuando fracasase el tratamiento o en situación de riesgo orgánico o psiquiátrico.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta la elevación de casos, cada vez más rápida, de personas que sufren estos trastornos de la conducta alimentaria, se hace imprescindible y necesaria la prevención y detección precoz para detener el progreso del trastorno lo antes posible y evitar así que aumenten los ingresos hospitalarios. Destacando en este sentido el papel de la enfermería para conseguirlo, ya que además de desarrollar las funciones anteriores, las pacientes la consideran una figura clave por la importancia que le otorgan a la relación de ayuda terapéutica.

Finalmente, de esta manera, también se fomentaría el tratamiento y seguimiento en hospital de día y/o de manera ambulatoria, sin olvidar el trato de manera

individualizada para garantizar la recuperación y evitar recaídas.

6 Bibliografía

1. Alonso CH, Sanz DAA, Varona LP, Hernández CL, Uribarri BG, Fau CB. Cuidados de enfermería en pacientes con trastornos alimenticios. *Revista Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2021 [citado el 1 de septiembre de 2023];2(10):160. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8163661>
2. Corral Liria I, Alonso-Maza M, González-Luis J, Fernández-Pascual S, Becerro-de-Bengoa-Vallejo R, Losa-Iglesias M. Cuidados de enfermería desde la experiencia de personas que padecen trastornos alimentarios: Un estudio cualitativo. *Rev Mex Trastor Aliment* [Internet]. 2022 [citado el 1 de septiembre de 2023];12(1):1–14. Disponible en: <https://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/675>
3. Andrades Peña D, Ordóñez Marchena A, Bernal Zarzuela P. Atención enfermera en trastornos de conducta alimentaria [Internet]. *Revistacientificasanum.com*. [citado el 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistacientificasanum.com/new/en/vol-7-num-2-abril-2023-atencion-enfermera-en-trastornos-de-conducta-alimentaria/>
4. Matía Martín P, Castro Alija MJ, Loria Kohen V, Campos del Portillo R, Palma Milla S, Valero Pérez M, et al. Results of the survey on care units and caring for eating disorders in Spain. SENPE Working Group on Eating Disorders. *Nutr Hosp* [Internet]. 2023 [citado el 1 de septiembre de 2023];40(1):213–21. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112023000100025&script=sci_arttext
5. Calero Marín de Villodres P. Anorexia y bulimia: guía de cuidados enfermeros en trastornos de la conducta alimentaria. *Hospitalización completa. Index Enferm* [Internet]. 2015 [citado el 2 de septiembre de 2023];24(3):191–2. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962015000200017&script=sci_arttext
6. Montañez RAC, Rodríguez JCP, Cubillos YKS, Ochoa LDR, Díaz LVR, Saavedra PAS. Cuidados enfermeros que modifican conductas alimentarias en adolescentes, etapa inicial de anorexia. *Rev Cienc Cuid* [Internet]. 2020 [citado el 2 de septiembre de 2023];17(2):102–15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7490963>

Capítulo 129

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

CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ

1 Introducción

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

Una alimentación adecuada en la infancia es fundamental para un crecimiento, salud y desarrollo óptimo, evitando así diversas enfermedades, desde enfermería para comprobar el correcto desarrollo del lactante o niño/a, tras realizar la educación para la salud a las personas adultas titulares del lactante o niño/a, lleva a cabo una exhaustiva valoración y evaluación del estado del bebé a través de la entrevista a los padres y valoración antropométrica del lactante o niño/a.

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

2 Objetivos

- Describir las actuaciones de enfermería sobre la lactancia y alimentación para una adecuada salud y crecimiento durante la edad pediátrica.
- Conocer las características y pautas de una adecuada lactancia y alimentación complementaria en pediatría.

3 Metodología

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

4 Resultados

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

Una labor muy importante de las enfermeras/os, es la educación para la salud en 4 todas las etapas del ciclo vital, desde los cuidados del recién nacido, desarrollo psicomotor, nutrición, higiene, prevención de accidentes, sexualidad, ejercicio físico y lactancia materna o alimentación complementaria, que es el tema que trataremos en este capítulo dado a los relevantes problemas y patologías nutricionales que afectan hoy en día en la infancia y que como enfermeras/os contamos con la suficiente preparación para abordarlo cómo se ha demostrado en numerosos estudios científicos.

La evidencia actual recomienda la lactancia materna o de fórmula adaptada exclusiva hasta los 6 meses de edad y a partir de ahí el inicio de la alimentación complementaria, no obstante, en un pasado no muy lejano, se recomendaba el inicio de la alimentación complementaria a los 4 meses de edad o incluso antes,

además, aún hay guías y profesionales sanitarios que recomiendan a los 4 meses de edad o incluso antes.

Tras un estudio reciente en Europa, se observó que la mayoría de padres introducen los alimentos complementarios al bebé antes de los 6 meses y un pequeño porcentaje, lo hace de manera tardía después de los 6 meses.

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

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

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

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

*De 0 a 6 meses:

- La alimentación del bebé en sus primeros seis meses de vida, debe de ser únicamente leche, preferiblemente leche materna y en su defecto leche de fórmula de inicio o tipo I para lactantes.
- La lactancia materna durante al menos el primer mes, será a demanda, no hay que forzar el horario de las mismas, las tomas se irán espaciando a medida que el bebé crezca, ya que este se autorregulará.
- No siempre que el bebé llora significa que tiene hambre.
- El número de biberones al día, como la cantidad de leche que el bebé tomará en cada toma, será diferente en cada lactante según la demanda, porque no hay normas fijas, aunque puede ajustarse a las siguientes recomendaciones:
 - 1ª semana: 30-60 ml por toma y a demanda.
 - 2ª semana: 90 ml por toma y 7-8 tomas.
 - 3ª y 4ª semana: 90-120 ml por toma y 6-7 tomas.
 - 2º mes: 120-150 ml por toma y 7 tomas.
 - 3º mes: 180 ml por toma y 6-7 tomas.
 - 4º-5º mes: 180-210 ml por toma y 5-6 tomas.
 - 6º mes: 240 ml por toma y 4 tomas.
- Se debe agregar la cantidad exacta de la leche en polvo al agua contenida en el biberón (cacito raso de leche en polvo por cada 30cc de agua). El aumento de

cantidad siempre será de 30cc en 30cc (30cc de agua, 1 cazo de leche, 60cc de agua, 2 cazos de leche, 90cc 3 cazos de leche, etc.).

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

*De 6 a 12 meses:

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

- La leche materna sería desplazada por otros alimentos de inferior calidad menos nutritivos para el correcto desarrollo del bebé.
- El inicio antes de los 4 meses aumenta el riesgo de alergias y obesidad.
- Debido al desarrollo madurativo de los bebés, son incapaces de digerir ciertos alimentos.
- Se pueden producir enfermedades diarreicas y de malnutrición por el contacto con patógenos microbianos.
- Los nuevos alimentos se introducirán de manera progresiva y en pequeñas cantidades.

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

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

- Cereales sin gluten: Añadir al principio 1 o 2 cacitos a la leche materna o de fórmula o agua y en días sucesivos añadir más cacitos hasta que se lo pueda tomar en forma de papilla con cuchara. Dar dos tomas de cereales en el día, por la mañana y noche.
- Frutas: Posteriormente, se introducirá la fruta sin miel, ni azúcar, ni edulcorantes, únicamente dar plátano, naranja y manzana, se dará en papilla o en trozos adaptados al bebé.
- Verduras: comenzar con puré de patata y zanahoria y añadir una cucharada de aceite de oliva virgen crudo, de manera progresiva añadir puerro, verde, calabacín, cebolla, calabaza. Las espinacas, acelgas, coles, remolacha y nabos introducir a partir de los 12 meses por un exceso de nitritos.
- Carne: pollo, pavo, conejo y ternera retirando la piel y grasa (20-30 g/día al principio, luego 30-40 g/día). A partir del 9º mes se puede introducir el cordero y cerdo en el puré de verduras, nunca la carne de caza.
- Huevo: introducirlo cocido comenzando con 1/2 yema y una vez tolerada la yema, comenzar con la clara cocida en pequeñas cantidades.

- Pescado: debe ser blanco y ultracongelado o congelarlo 5 días si es fresco (20-30 g/día al principio, luego 30-40 g/día).
- Legumbres: deberán de estar bien trituradas, ya que la piel no se digiere hasta los 2 años.
- A partir del 9º mes se puede introducir yogur natural sin azúcar y queso tierno sin sal.
- El agua es indispensable y, si está bien controlada, se puede consumir del grifo. La introducción de alimentos se hará de manera progresiva, no administrar más de un alimento al día, y se esperará de 3 a 5 días para introducir otro nuevo alimento para poder así detectar posibles reacciones adversas y para que se vaya familiarizando con sabores y texturas. Nunca dar a probar un nuevo alimento por la noche. La sal y azúcares que contienen los alimentos, es suficiente y no se añadirá más.

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

Orientación de las comidas a lo largo del día:

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

*De 12 a 36 meses:

- La leche de vaca se puede introducir a partir de los 12 meses de edad, aunque se puede mantener la leche materna o de continuación hasta los 2 años.
- Pescado azul pequeño sin espinas en la misma cantidad que la carne (30-40 g/día), evitar el consumo de pez espada, emperador, salmón, cazón y atún hasta los 3 años.
- A los 2 años, debe de comer casi lo mismo que los adultos.
- En esta etapa es fundamental la educación, ya que a partir de los 2 años hay una disminución fisiológica del apetito porque la velocidad de crecimiento disminuye y se vuelven selectivos y caprichosos con ciertos alimentos.
- Alimentos a evitar: frutos secos enteros, uva enteros, aceitunas enteras, porque

aumentan el riesgo de atragantamiento, también se deberá de evitar alimentos con sal como gusanitos, salchichas, embutidos, conservas, miel y azúcar añadida en galletas, chocolates, bollería, natillas, flanes, chucherías, mariscos y pescados de gran tamaño, té, zumos industriales y refrescos.

Orientación de las comidas a lo largo del día:

- Desayuno: Papilla o leche con cereales.
- Comida: Se irá acostumbrando de forma progresiva a la comida familiar como purés de verduras o carne, legumbres, pasta, los arroces, los guisos. Carne o pescado en trozos pequeños, tortillas.
- Postre: leche/yogur o fruta.
- Merienda: Fruta, jamón o queso en trozos pequeños, yogur, bocadillos.
- Cena: Se debe dar preferencia a las verduras, los cereales y las frutas. Leche con/sin cereal.

5 Discusión-Conclusión

- Las múltiples e importantes recomendaciones basadas en la investigación para una alimentación sana, correcta y equilibrada durante la edad pediátrica, son dadas por las enfermeras/os a los padres de los bebés o niños/as, convirtiéndoles así en profesionales altamente capacitados y preparados para detectar problemas, prevenir enfermedades y promocionar una adecuada salud con un crecimiento y desarrollo óptimo del recién nacido.
- Es muy importante seguir las recomendaciones del colectivo de enfermería y no guiarnos por experiencias propias... Todavía hay abuelas que nos recuerdan... “Ahora la moda es a los 6 meses, pero su padre... a los 3 meses ya comía papillas de fruta y mira como está...”; debemos de respetar el estado madurativo del bebé e introducirlo de forma segura para evitar accidentes.
- Tanto es la implicación y el conocimiento del colectivo de enfermería sobre el tema de alimentación en la edad pediátrica, que ha creado y ofrece guías actualizadas y ofertadas de manera clara y detallada de gran utilidad a los padres de los lactantes y niños desde el mes 0 al 6º mes donde la lactancia, la materna como primera elección y si no es posible, la adaptada de inicio, debe de ser la alimentación exclusiva, también desde el 6º mes al 12º mes donde indican alimentos a incorporar manteniendo la leche materna o ya de continuación como alimento primordial y desde el mes 12 hasta los 36 meses donde se debe de conseguir una alimentación similar a la del adulto evitando ciertos alimentos.
- A pesar del gran trabajo de enfermería, aún queda camino por conseguir, ya que a pesar de que la evidencia científica actual, demostrada por numerosos es-

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

6 Bibliografía

1. Jiménez Ortega AI, Martínez García RM, Velasco Rodríguez-Belvis M, Ruiz Herrero J. De lactante a niño. Alimentación en diferentes etapas. Nutrición Hospitalaria. [revista en Internet] 2017 [Acceso 4 de Julio de 2023]; 34(4):[1699-5198]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112017001000002&script=sci_arttext&tlng=en.
2. Learte Álvarez MA, García Nieto V, de Antonio Ferrer L, Dalmau Serra J, Ferrer Lorente B, de Miguel Durán F et al. Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria. Pediatría Integral. [revista en Internet] 2015 [Acceso 4 de Julio de 2023]; XIX(4):[233-293]. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/07/Pediatrica-Integral-XIX-4_WEB.pdf#page=36.
3. Borja Herrero C, Iglesias Benito M, Ortega Quillis A, Galdón Tornero S, Garrigós Ferrando A. Actualizando la evidencia sobre las recomendaciones de enfermería en la “alimentación complementaria”. Enfermería Integral. [revista en Internet] 2016 [Acceso 5 de Julio de 2023]; (114):[57-62]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6126219>.
4. Consejería de Sanidad, Área Sanitaria de Toledo. Recién Nacido. 6 de julio de 2023]. <https://toledo.sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/protege-tu-salud/mujer-y-recien-nacido/alimentacion/lactanciamaterna>

Capítulo 130

QUE HACE EL EQUIPO DE ENFERMERIA EN UNA SALA DE OPERACIONES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ

1 Introducción

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

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

Quirófano se trata de un área especial, ya que posee unas características en concreto, material específico, protocolos y normas diferentes a las de otras unidades debido a la complejidad en el abordaje de las técnicas y situación crítica en el paciente cuya mala praxis puede dar lugar a consecuencias negativas y fatales para la salud del paciente, es por ello que está formado por un equipo multidisciplinar especializado altamente formado y capacitado.

El equipo multidisciplinar está formado por cirujanos, anestelistas, enfermeros, auxiliares, celadores, personal de limpieza, administrativos... El colectivo enfermero ha demostrado ser una pieza clave en el desarrollo de la actividad en quirófano, no solo se limita al desarrollo de la intervención quirúrgica junto con el

cirujano, sino que su labor va más allá y así lo lleva demostrando desde muchos años atrás, ya que gracias a sus contribuciones e investigaciones científicas, han aportado datos muy relevantes y utilizados hoy en día para evitar complicaciones de la intervención quirúrgica realizada en quirófano. Tanto es así, que la enfermera Florence Nightingale en 1854, aportó unas simples reglas de higiene y asepsia que mejoró notablemente la situación en poco tiempo.

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

2 Objetivos

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

3 Metodología

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

4 Resultados

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

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

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

• Funciones comunes de ambas enfermeras/os:

- Realizar una revisión de la historia clínica del paciente, comprobado que es correcta, está completa, las alergias que posee el paciente, y sus antecedentes personales.
- Evaluar y valorar el estado del paciente antes de la intervención solventando dudas y tranquilizando al paciente.
- Comprobar la correcta preparación del paciente antes de la intervención: ayunas, correcta higiene, medicación pautaada administrada y/o tomada, rasuración realizada, ausencia de prótesis, joyas, esmaltes...
- Verificar que el consentimiento informado de la intervención quirúrgica, esté informado, leído y firmado.
- Encargarse de rellenar el check list o verificación de seguridad quirúrgica antes de comenzar la intervención.
- Mantener el quirófano antes de la llegada el paciente ordenado, limpio y con el material a utilizar preparado incluidos los implantes quirúrgico con las tallas o numeraciones que se le vaya a implantar al paciente según orden médica.
- Comprobar que el material funciona correctamente antes de la llegada del paciente (respiradores, monitores, bombas de infusión, aspiradores, laringoscopio...).
- Preparación y administración de la medicación y anestesia pautaada por los médicos, preparación de los sondajes, vías venosas y arteriales que se le vaya a poner y canalizar al paciente.
- Preparar el campo estéril manteniendo la adecuada asepsia para evitar la colonización del paciente dando lugar a infecciones nosocomiales y con ello posibles consecuencias graves para el paciente.
- Colaboración en el traslado del paciente a la mesa de operaciones del quiró-

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

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

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

- Funciones del enfermero/a circulante:

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

- Lavado de manos con agua y jabón simple o con preparados de base alcohólica específicos según las recomendaciones de la Organización Mundial de la salud (OMS), una Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, “una atención limpia es más segura” con sus “5 momentos para la higiene y de un procedimiento limpio/aséptico.

- Se realiza la preparación de la piel a intervenir realizando el correcto lavado y desinfección con antisépticos con preparados de clorhexidina jabonosa, paso muy importante para evitar la colonización de diversos patógenos como bacterias, hongos... y con ello las posibles complicaciones postoperatorias en el paciente. Luego el cirujano, una vez estéril, realiza una segunda desinfección de manos” con el eslogan de “Salva vidas: límpiate las manos”, siendo uno de esos momentos antes del contacto con el paciente en la zona a intervenir.

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

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

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

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

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

- Se aportará a la enfermera/o instrumentista el material, implantes e instrumental necesarios durante la intervención.
- Se colocarán los cubos de residuos en lugar apropiado para que la enfermera/o instrumentista pueda desechar lo que ya no se necesite.
- Anotará el número de compresas y gasas utilizadas.
- Cumplimentará el vale de reposición del material implantado.
- Preparará los contenedores para la recepción de las muestras extraídas durante la intervención, las identificará correctamente e enviará al destino apropiado: microbiología, laboratorio, anatomía patológica...
- Se mantendrá el quirófano recogido, procurando que los residuos vayan a sus depósitos correspondientes.
- Participará junto el enfermero instrumentista, en el recuento de instrumental, gasas y compresas.
- Se retira la placa de bisturí del paciente al terminar la intervención.
- Se recoge el campo estéril e instrumental colaborando con la enfermera/o instrumentista.
- Se prepara al paciente al finalizar la intervención para el traslado a la unidad correspondiente y se ayuda al anestesista a extubar al paciente o a conectarle al respirador de traslados.
- Funciones del enfermero/a instrumentista:
 - Lavado de manos quirúrgico, que consiste en el lavado de manos con agua y jabón antimicrobiano antes de las operaciones o procedimientos invasivos cuya duración será aproximadamente de 5 minutos y cuyo objetivo será inhibir la suciedad, materia orgánica, flora transitoria o contaminante y flora residente siendo difícil eliminar con un lavado normal rutinario de manos. Este primer paso, es muy relevante ya que un gran número de publicaciones científicas, coinciden en que es la recomendación más importante para salvar vidas ya que evitan infecciones nosocomiales.
 - Colocación de elementos barrera, aunque la recomendación más fuerte para la prevención de infecciones nosocomiales ha sido el lavado de manos, también se recomienda el uso de elementos barrera para prevenir las infecciones por la contaminación de la ropa, gotas o fluidos: Gorro, mascarillas, protectores oculares bien gafas o pantallas, (éstos se pondrán antes del lavado de manos) y guantes y batas estériles que se pondrán después del lavado de manos con ayuda de la enfermera instrumentista u otro miembro del equipo que no se encuentre estéril.
 - Se desdobra el paquete de intervención, se visten las mesas de quirófano y las mesas auxiliares y se coloca todo el material estéril que ha sido dado por la enfermera circulante, se comprueba que esté todo lo que se necesita para la inter-

vención y su correcto funcionamiento y que la mesa se encuentre en posición adecuada según el sitio de acceso a la intervención del paciente.

- Verificación de la correcta colocación de la placa de bisturí eléctrico.
- Se coloca el material estéril de las lámparas quirúrgicas para que los cirujanos/as durante la intervención las puedan manejar dirigiendo el haz de luz hacia la zona a intervenir.
- Se coloca al alcance de la enfermera circulante los terminales distales del bisturí eléctrico, aspirador.. y todo aquello que deba de enchufar a la corriente eléctrica.
- Se ayuda a los cirujanos/as a colocarse los elementos barrera estériles (guantes y bata).
- Se abre el kit y la caja de instrumental estéril de la intervención pasando de la forma adecuada el instrumental que nos pida el cirujano/a para que según lo coja de nuestras manos lo pueda utilizar y no tenga que maniobrar, siguiéndole con atención en toda la intervención para reaccionar con rapidez ante imprevistos.
- Se pedirá a la enfermera circulante el material e instrumental necesario y se le aportará los fluidos o muestras extraídas para enviar o a laboratorio, anatomía patológica o microbiología dependiendo de lo que se trate.
- Colaborar con la enfermera circulante en el conteo de compresas y gasas y en la detección y actuación de cualquier complicación a través de las constantes vitales...
- Mantener en todo momento la esterilidad y limpieza del instrumental limpiándolo al ser utilizado o desechándolo o intercambiándolo por otro si es necesario y no tocando los materiales no estériles siendo necesario volver a cambiar los elementos barrera si ello sucede. También se debe de vigilar que ningún miembro del equipo rompa la barrera estéril poniendo medios para solucionarlo si ello ocurre. La enfermera instrumentista posee un contacto muy directo con el instrumental que se va a utilizar en la intervención y con las cavidades del paciente, tanto en la preparación como en la utilización, es por ello que es el miembro más importante del equipo en la prevención de las infecciones nosocomiales llevando a cabo un correcto uso.
- Realización de un recuento final de agujas e instrumental que debe de coincidir con el recuento que había al principio para evitar que no se haya quedado nada dentro de la cavidad del paciente y favorecer su seguridad.
- Para finalizar, se hará una limpieza de la herida quirúrgica y aplicación de anti-séptico.
- Se cubre la herida con apósito estéril y colaborar en la colocación de vendajes.
- Se organiza, clasifica e identifica el instrumental una vez que se ha lavado por las auxiliares de enfermería y se envía al servicio de esterilización correctamente

empaquetado.

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

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

- Proyecto infección quirúrgica Zero:

- Ambiente aséptico y material estéril para las intervenciones quirúrgicas.
- Antibióticos profilácticos cuyo tiempo antes de la incisión debe de ser menor a 60 minutos.
- Higiene de la piel como máximo 12 horas antes de la intervención.
- Utilizar para la preparación de la piel, friccionando, clorhexidina alcohólica al 2% dejando secar dos minutos.
- Eliminar el vello con maquinilla eléctrica, en menos de 12-16 horas antes de la intervención y sólo si es necesario.
- Las curas, realizar con técnica estéril.
- Vigilar y mantener la normoterapia y normoglucemia antes, durante y después de la intervención.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermeras/os son una pieza fundamental en quirófano debido a sus numerosas funciones desde su primer contacto con el paciente en el preoperatorio, aportando confianza y disminución del estrés, estudiando su historia clínica..., durante la intervención, aportando esterilidad y asepsia en todas sus acciones y evitando complicaciones y en el post-operatorio acompañando al paciente a la unidad correspondiente y vigilando las posibles complicaciones tras la intervención realizando así un abordaje integral.

Gracias a la implicación de enfermería en la humanización de los cuidados en quirófano, se evita que la atención en quirófano sea fría e impersonal al con-

seguir que todo el equipo multidisciplinar, vea más que una enfermedad o un caso clínico, una persona con una serie de preocupaciones, creencias, miedos y valores y no centrarnos solo simplemente en el problema de salud mediante la intervención quirúrgica y técnicas, como sucedía en el pasado.

6 Bibliografía

1. Martínez Jiménez C, Cuervas-Mons Finat M. La enfermería en la prevención de las infecciones nosocomiales. Revisión bibliográfica. Universidad de Valladolid; 2017. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/28041/TFGO%>.
2. Sbardella A. National Geographic. Historia. Florence Nightingale, la heroína de los hospitales [sedeWeb]. [actualizada el 5 de Mayo de 2023; acceso 11 de julio de 2023]. Disponible en: https://historia.nationalgeographic.com.es/a/florence-nightingale-heroina-hospitales_14173.
3. Delgado Lozano C, Barquero Guerrero M, de la Paz, García Haro A. Protocolo de enfermería: preparación del quirófano y acto quirúrgico para ligamentoplastia de ligamento cruzado anterior. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0775.pdf>.
4. Sociedad Española. Medicina Preventiva, salud Pública y Gestión Sanitaria. Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en España (EPINE). Informe España. Prevalencia de infecciones (relacionadas con la asistencia sanitaria y comunitarias) y uso de antimicrobianos en hospitales agudos. 2022 [fecha de elaboración 1 de Diciembre de 2022; acceso 12 de julio de 2023]; (32). Disponible en: <https://epine.es/api/documento-publico/2022%20EPINE%20Informe%20Espa%C3%B1a%2020221201.pdf/reports-esp>.
5. Fadrique Casero M. Enfermería en Quirófano. Universidad de Valladolid: 2014/2015. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/12058/TFG-H324.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Capítulo 131

LA CARDIOVERSIÓN Y DEFIBRILACIÓN ELÉCTRICA Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

CARMEN MARÍA CÓRDOBA LÓPEZ

1 Introducción

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

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

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

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

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

2 Objetivos

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

3 Metodología

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

4 Resultados

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

- El corazón, es un órgano que posee cuatro cavidades; las superiores se denominan aurícula izquierda y derecha, y las cavidades inferiores se denominan ventrículo izquierdo y derecho, y contribuyen junto con las válvulas cardíacas en el control del flujo sanguíneo por el corazón, hay cuatro válvulas cardíacas que son la tricúspide, pulmonar, mitral y aórtica. Dichas cavidades, también se ven involucradas en el sistema de conducción de los impulsos eléctricos generados por el miocardio.
- Los impulsos eléctricos generados por el músculo cardíaco (miocardio), permiten la contracción cardíaca y la conducción de la sangre a los pulmones y resto del cuerpo. La señal eléctrica se origina en el nódulo sinoauricular que se encuentra en la parte superior de la aurícula derecha, este nódulo también se denomina

marcapasos natural del corazón. Los impulsos eléctricos que nacen en dicho nódulo, viajan hasta el nódulo auriculoventricular dónde se produce la contracción auricular segundos antes que la ventricular. El impulso eléctrico sigue su viaje a través del canal de conducción Haz de His dividido en rama derecha e izquierda, llegando el estímulo eléctrico a ambos ventrículos.

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

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

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

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

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

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

La cardioversión y la desfibrilación, son procedimientos distintos pero que am-

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

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

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

44

óptimas condiciones.

- Pasos a seguir en la cardioversión y desfibrilación como profesiones de enfermería:
- Cuando el enfermero/a detecta una arritmia, informa al médico rápidamente y si contamos con más compañeros, otro simultáneamente se encarga de llevar el desfibrilador hacia el paciente y colocar los electrodos para monitorizar al paciente con el desfibrilador y si la desfibrilación se va a realizar con parches, colocarlos; uno en el tórax derecho del paciente, a unos centímetros del esternón por debajo de la clavícula, 2º espacio intercostal y otro en la parte lateral del tórax izquierdo aproximadamente donde la línea axilar media, en el 5º espacio intercostal.
- Si es posible, se debe de anticoagular y sedar al paciente antes del procedimiento por pauta médica, ya que es un procedimiento doloroso. Canalizar vías venosas periféricas si el paciente no posee.
- Retirar las prótesis dentales y objetos metálicos.
- Interrumpir la ventilación mecánica si el paciente está conectado a un respirador y conectarle a un ambú.

- Aplicar gel conductor en las palas para evitar quemaduras en el paciente, si no se dispone de gel conductor, se pueden colocar dos compresas humedecidas con suero fisiológico en el lugar donde se va a realizar la descarga y colocar las palas encima. El lugar de colocación de las palas es el mismo que para los parches, explicado unos puntos atrás.
- Vigilar que nadie toque al paciente ni nada situado cerca de él para evitar complicaciones hacia los profesionales sanitarios que intervienen en el procedimiento. Se debe avisar antes de la descarga.
- Seleccionar la energía de choque que nos indique el médico y este se encargará de emitir la descarga eléctrica pulsando a los botones del desfibrilador o palas. Seleccionar modo sincronizado si se va a realizar cardioversión en lugar de desfibrilación.
- Se controlarán las constantes vitales durante el procedimiento y se registrarán si fuera necesario.
- En situaciones donde el médico no viene con rapidez, los profesionales de enfermería encargados de detectar la arritmia, deben de realizar la descarga eléctrica para evitar situaciones peores en el paciente como parada cardíaca o finalmente muerte por no llevar a cabo una desfibrilación precoz.
- Si el paciente entra en parada cardiorrespiratoria tras la arritmia, realizar masaje cardíaco.
- Si el paciente revierte a ritmo sinusal, se considerará efectiva la cardioversión o desfibrilación, pero si no revierte, puede ser necesario realizar más de una descarga eléctrica.

5 Discusión-Conclusión

- No se debe de confundir cardioversión eléctrica y desfibrilación porque aunque ambos tienen el mismo fin que es actuar con una descarga eléctrica ante una arritmia para devolver al corazón a su ritmo cardíaco normal, el procedimiento es distinto al ser usados en distintas arritmias, con una energía diferente y con sincronización con la onda R del electrocardiograma en caso de cardioversión y sin sincronización en caso de desfibrilación.
- Los enfermeros/as, deben de estar correctamente formados para conocer las arritmias y saberlas detectar en el electrocardiograma para poder avisar al médico en su ausencia y actuar rápidamente, ya que son partícipes en cada uno de los pasos del procedimiento y los únicos/as capaces de prevenir complicaciones mayores como parada cardiorrespiratoria o una arritmia de mayor cuantía debido

a una actuación precoz por el contacto continuo en sus cuidados hacia los pacientes.

- No solo es importante conocer los pasos a seguir en la cardioversión o desfibrilación, sino también entender la anatomía y fisiología del corazón para comprender las arritmias y ser más efectivos en todo el procedimiento de la cardioversión y desfibrilación.
- Cardiovertir y desfibrilar, no son solo técnicas y funciones médicas, también implican a profesionales de enfermería, ya que en ausencia de médicos o incluso en la calle, (si existe desfibrilador disponible), son los que deben de realizar la descarga eléctrica para evitar la muerte del paciente/persona. Por lo que debe de conocer correctamente el funcionamiento del desfibrilador y no solo limitarse a los cuidados a seguir durante el procedimiento de la desfibrilación realizada por un médico.
- Las funciones de enfermería ante una arritmia en un paciente son muy importantes, ya que pueden salvar la vida del paciente y evitar consecuencias negativas para el paciente. Ejemplo: si el material con el que se va a realizar la cardioversión o desfibrilación no se encuentra en condiciones óptimas por fallo en la revisión, puede dar lugar a consecuencias graves hacia el paciente, o si por ejemplo no se aplica gel conductor o no se humedecen las compresas, se pueden producir quemaduras en el paciente, si no se colocan los parches en el lugar correcto, puede ser que la descarga no sea efectiva... Es por ello que los cuidados de enfermería durante la cardioversión y desfibrilación, son fundamentales.

6 Bibliografía

1. Orjuela Guerrero A. Cardioversión eléctrica en fibrilación auricular. Revista Colombiana de Cardiología. ELSEVIER. [revista en Internet] 2016 [Acceso 15 de Julio de 2023]; 23 (S5): [57-64]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-cardioversion-electrica-fibrilacion-auricular-S0120563316301644>.
2. Biblioteca Nacional de Medicina. MedlinePlus. Cardioversión. [actualizada el 5 de agosto de 2022; acceso 16 julio de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007110.htm>.
3. Ortiz Escusol I, Munera Cabello L, Fernández Navarro B, Navarro Muñoz R, González González C, Cadena Gómez S. Cardioversión eléctrica. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com; 29 diciembre, 2019. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cardioversion-electrica/>.

4. IFSES Educación. Personas con Problemas Cardiovasculares. Madrid; 5ª edición: mayo de 2020.
5. Instituto Europeo de Salud y Bienestar. De la Peña M. Cardioversión y Desfibrilación [sedeWeb]. [acceso 17 de julio de 2023]. Disponible en: <https://institutoeuropeo.es/articulos/blog/cardioversion-y-desfibrilizacion/#::text=La%20fibrilaci%C3%B3n%20auricular%20es%20la,la%20duraci%C3%B3n%20de%20la%20arritmia>.
6. The Texas Heart institute. Anatomía del corazón; 2023. Disponible en: <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/anatomia-del-corazon/>.

Capítulo 132

RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ANABOLIZANTES Y EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO A ESTUDIO POR ENFERMERÍA

DAVID RONCERO GARCIA

ALEXANDRA LAZAR

FRANCISCO LÓPEZ CANO

JULIA CASTELLANOS FRANCO

VIRGINIA MERINO GARCIA

1 Introducción

Los esteroides anabólicos (EAS) son un grupo de sustancias de tipo sintético derivadas de la testosterona (1), las cuales son empleadas comúnmente por los deportistas y aficionados al deporte debido a su potencial para aumentar la masa muscular y conseguir un aumento del rendimiento deportivo. (2)

Este tipo de sustancias cada vez son empleadas en mayor medida por un elevado número de personas, estimándose el número de usuarios en alrededor de 10 millones a nivel mundial(3). Se estima que solamente en Estados Unidos entre 2.9 y 4 millones de personas han usados este tipo de sustancias en cantidades que se encuentran por encima de la dosis fisiológica (4).

Este tipo de fármacos suelen emplearse en situaciones normales para paliar los efectos de diversas enfermedades como pueden ser la osteoporosis, la caquexia, el hipogonadismo, diversos tipos de cáncer o VIH entre otros (1,4,5). Cuando son empleados por deportistas, sin supervisión y en dosis por encima de las recomendadas, suelen dar pie a que aparezcan alteraciones como son la hipertrofia de ventricular izquierda, trombosis, hipertensión, arritmias, vasoespasmos y en los casos más extremos infartos agudos de miocardio (IAM), debido al aumento de riesgo isquémico por el aumento de colesterol LDL y disminución del HDL entre otros. (2, 5,6).

2 Objetivos

Objetivo principal: Adquirir conocimientos sobre cómo pueden afectar las sustancias anabólicas empleadas por deportistas al corazón y la relación que pueden tener con la aparición de IAM

3 Metodología

Para la realización de esta investigación se procede a realizar una revisión bibliográfica, realizando una búsqueda de artículos en las principales bases de datos: PUBMED, SCOPUS, WOS y Google Académico.

La estrategia de búsqueda fue idéntica en las distintas bases de datos: se basó en el empleo de una cadena de búsqueda y una serie de palabras clave. La cadena de búsqueda es la siguiente:

("Sudden cardiac arrest" AND "Anabolic steroids" OR "steroids" AND "Athletes")

Palabras clave:

- Sudden cardiac arrest
- Steroids
- Anabolic steroids
- Athletes

4 Resultados

En un estudio de casos y controles publicado por Lichtenfeld et al analizan el caso de un niño de 13 años que fallece mientras realizaba deporte en un campamento. El electrocardiograma realizado por el personal sanitario a su llegada mostraba hipertrofia ventricular izquierda e inversión de la onda T en el área infra lateral.

La autopsia revela que el paciente presentaba una cardiomegalia con un corazón que pasaba 465g, hipertrofia septal un aumento del tejido graso alrededor del corazón. Los autores señalan que no pudo demostrarse que el paciente consumiera EAS ya que al tiempo de iniciar la sospecha no se podía extraer una muestra de sangre. El motivo de sospecha es la presencia de hipogonadismo, infiltración de grasa en el hígado, así como un tamaño muscular desorbitado en el tren superior y los hallazgos cardíacos mencionados anteriormente. (7)

Por otro lado, en una investigación realizada por Fineschi et al. Se estudian dos casos: uno de ellos, un fisicoculturista de 32 años el cual falleció de forma repentina en una sesión en el gimnasio, con un historial de consumo de EAS que incluía testosterona propionato, nandrolona y estanozolol. La autopsia desveló una zona grisácea correspondiente a una isquemia en la parte antero-lateral del ventrículo izquierdo. En el otro caso, un fisicoculturista de 29 años de edad es hallado muerto en su apartamento una mañana. La familia informa al personal sanitario que el paciente consumía EAS desde hace meses, en concreto nandrolona y estanozolol. Durante la autopsia no se encuentran hallazgos significativos que indiquen una relación entre el consumo de EAS y el fallecimiento del paciente(2). En otro artículo publicado por Hernández-Guerra et al investigan un caso de un paciente de 24 años, usuario de EAS entre los que se incluían estanozolol, testosterona, tamoxifeno, mesterolona y nandrolona, que sufre una parada cardiorrespiratoria mientras se bañaba en su casa. El paciente no presentaba antecedentes de dislipidemia ni de aterosclerosis, ni de consumo de drogas, únicamente un episodio de dolor precordial meses atrás. Durante la autopsia se halla que el paciente presentaba edema agudo de pulmón (EAP), cardiomegalia, hipertrofia muscular y congestión multiorgánica entre otros. Se objetiva que las arterias pulmonares presentaban aterosclerosis severa, con trombosis oclusiva en la rama anterior descendente, así como la presencia de IAM en el tercio anterior del septo cardíaco y en la pared anterior del ventrículo izquierdo. Se establece como causa de la muerte IAM con aterosclerosis severa y trombosis aguda. (4)

5 Discusión-Conclusión

El uso desmedido y crónico de los EAS puede causar cambios en la fisiología del organismo que conlleven la aparición de alteraciones patológicas las cuales pueden ser fatales(1,3,7).

Estos cambios producidos en el organismo por los EAS conllevan que alteraciones como puede ser el aumento del colesterol LDL y disminución del HDL, que den lugar a la aparición de un IAM por el aumentado riesgo de aterosclerosis

(1,2,5).

Desde 1988 hasta 2019, únicamente un total de 19 casos fatales que pudieran indicar una relación entre el consumo de EAS y el IAM han sido estudiados en la literatura médica, lo que hace necesario continuar estudiando una posible relación entre ambos (1,2,6).

Es destacable reseñar que de los 19 casos descritos en la literatura de IAM relacionado con el consumo de EAS, únicamente 2 de ellos corresponden a mujeres y 17 de ellos fueron hombres(1).

Cabe concluir que los hallazgos en los casos estudiados muestran una muy probable relación entre el consumo de este tipo de sustancias y el riesgo cardiovascular y, con ello, la aparición de un IAM.

Debido a la gravedad y severidad de un evento como es el IAM, resulta dificultoso obtener gran cantidad de casos que puedan aplicarse en la literatura sanitaria para obtener una relación mayor entre ambos hechos. Lo que se puede extrapolar de las investigaciones ya realizadas es que la acción que este tipo de sustancias tiene sobre el organismo da lugar a cambios que suponen un elevado riesgo de padecer un IAM.

El papel de la enfermería ante este tipo de casos es primordial, enfocándose principalmente en su actuación desde una perspectiva de educación sanitaria, desincentivando el uso de estas sustancias, lastimosamente usadas cada día más.

Es vital como enfermeros poner el foco sobre los efectos adversos que estas sustancias pueden acarrear y enseñar a la población, especialmente a la población joven, lo perjudiciales que pueden ser para nuestra salud. Además, sería crucial también enseñar a identificar los signos y síntomas de las patologías que el uso de estas sustancias pueden llegar a provocar, con el fin de conseguir una detección precoz y aumentar la tasa de supervivencia entre los usuarios de EAS.

6 Bibliografía

1. Frati P, Busardó FP, Cipolloni L, De Dominicis F, Fineschi V. Anabolic Androgenic Steroid (AAS) Related Deaths: Autoptic, Histopathological and Toxicological Findings - PMC. *Curr Neuropharmacol*. 2015;13:146-59.
2. Fineschi V, Baroldi G, Monciotti F, Reattelli LP, Turillazzi E. Anabolic Steroid Abuse and Cardiac Sudden Death: A Pathologic Study. *Arch Pathol Lab Med*. 1 de febrero de 2001;125(2):253-5.
3. Torrisi M, Pennisi G, Russo I, Amico F, Esposito M, Liberto A, et al. Sudden Cardiac Death in Anabolic-Androgenic Steroid Users: A Literature Review. *Medicina (Mex)*. noviembre de 2020;56(11):587.

4. Hernández-Guerra AI, Tapia J, Menéndez-Quintanal LM, Lucena JS. Sudden cardiac death in anabolic androgenic steroids abuse: case report and literature review. *Forensic Sci Res.* 19 de agosto de 2019;4(3):267-73.
5. H.M. Nascimento J, Medei E. Cardiac Effects of Anabolic Steroids: Hypertrophy, Ischemia and Electrical Remodelling as Potential Triggers of Sudden Death. *Mini-Rev Med Chem.* 1 de mayo de 2011;11(5):425-9.
6. Farzam K, Rajasurya V, Ahmad T. Sudden Death in Athletes. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 2 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539708/>
7. Lichtenfeld J, Deal BJ, Crawford S. Sudden cardiac arrest following ventricular fibrillation attributed to anabolic steroid use in an adolescent. *Cardiol Young.* junio de 2016;26(5):996-8.

Capítulo 133

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DE UN DRENAJE

MARI CARMEN RAMÍREZ DE ARELLANO GÓMEZ DEL
PULGAR

CARMEN SANCHEZ MONTAÑES MARTIN POZUELO

ANTONIO GALIANO JURADO

LAURA ANDARIAS MORALEDA

ANA MARÍA FERNÁNDEZ MORENO

1 Introducción

Para comenzar esta revisión bibliográfica, empezaremos hablando sobre quién es el personal de enfermería que desempeña sus funciones en una institución sanitaria.

Siempre que nos surge algún problema de salud, queremos ser atendidos en el mejor centro médico y por el mejor personal sanitario.

Pero para poder lograr esa atención de calidad, no hay que olvidarse de lo importante que es el papel que juega el personal de enfermería para atender nuestra dolencia.

A modo de introducción, podemos decir que la enfermería es una profesión que está más o menos enfocada hacia aquellas personas que tienen una vocación de servicio hacia las demás personas y que sienten una preocupación hacia ellas y les van a atender de la mejor manera posible.

El personal de enfermería es el que se encarga de realizar el cuidado y atención de las personas que acuden al centro sanitario.

Por repasar de forma genérica, algunas de las funciones que realiza el personal de enfermería son: hacer análisis de sangre, curar heridas, hacer exámenes físicos del paciente, entre muchas otras.

En este trabajo vamos a hablar sobre la actuación del personal de enfermería ante un drenaje.

Los drenajes son todo tipo de dispositivo o material que están destinados a la evacuación de secreciones o gases acumulados por diversas causas, como puede ser una cirugía, un absceso o un traumatismo, éstos, comunican la zona en la que está alojado el acúmulo con el exterior.

2 Objetivos

1. Explicar qué es un drenaje y sus tipologías.
2. Exponer cuáles son los cuidados que realiza el personal de enfermería en un drenaje.

3 Metodología

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

4 Resultados

Ya hemos visto anteriormente en qué consiste un drenaje a grandes rasgos y para qué se utiliza, actualmente podemos clasificar a los drenajes en dos grandes grupos, según su mecanismo de actuación: drenajes pasivos y drenajes activos. Los drenajes pasivos son aquellos tipos de drenajes que no necesitan de una fuerza externa de succión para ejercer su actividad, sino que estos actúan por acción de la propia gravedad o bien por capilaridad. Normalmente este tipo de drenaje es utilizado cuando la cantidad de líquido a evacuar no es demasiado abundante y cuando su consistencia es lo suficientemente líquida. Cabe destacar

entre este tipo de drenajes, el drenaje penrose, la gasa en mecha, el Kher, el drenaje pleural o el Robinson.

En cuanto a los drenajes activos, son aquellos drenajes que emplean una técnica de succión para el drenaje de la cavidad deseada, normalmente son drenajes más rígidos que los pasivos, y pueden además estar conectados a sistemas de succión, los drenajes más característicos de este tipo incluyen el drenaje de Redón, el Jackson-Pratt o el Pleurevac entre otros.

Según su finalidad los drenajes pueden ser preventivos, teniendo estos como finalidad la exclusiva evacuación de líquidos o gases, evitando una excesiva acumulación y posibles infecciones o terapéuticos, que además de también eliminar al exterior estas mismas acumulaciones, nos permite la administración de medicación por ellos.

En cuanto a los cuidados de enfermería a la hora de manejar drenajes en paciente, cabe destacar ciertas normas de carácter general:

- Siempre se ha de manipular el drenaje tras una correcta técnica de lavado de manos, y siempre utilizaremos guantes para la manipulación, pudiendo utilizarse guantes no estériles.
- Valorar continuamente el estado de la piel circundante al punto de punción, prestando especial atención a signos que indiquen infección, como eritema, calor a la palpación o exudado.
- Se realizará al menos una cura diaria en la zona de inserción del drenaje
- Se ha de tratar de evitar tracciones bruscas que puedan suponer la extracción accidental del drenaje, prestando especial atención a pacientes confusos o en situación de delirio.
- Siempre hemos de llevar un registro de la cantidad de contenido drenado, así como su apariencia, pudiendo distinguir entre hemático, serohemático, seroso, biliar, purulento y fecaloide entre otros.
- Comprobar que el drenaje esté permeable, evitando pinzamientos, desconexiones y comprobando que en los sistemas activos, como por ejemplo el drenaje de Redón mantienen el vacío.
- Asegurarse de vaciar el drenaje una vez el colector se encuentre lleno, de lo contrario no podrá seguir drenando contenido.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen cuidado de los drenajes, es imprescindible que la enfermera conozca bien los tipos de drenaje y su correcta utilización, especialmente si se trabaja en

un servicio quirúrgico de cualquier especialidad, o área de cuidados críticos, ya que estos son comúnmente utilizados tras las intervenciones quirúrgicas.

Como ya hemos mencionado en la introducción, el personal de enfermería es aquel profesional sanitario cuya función es atender de la mejor manera posible a los pacientes que acuden al centro sanitario.

Para ello, es muy importante que este personal de enfermería no solo tenga los conocimientos necesarios para ello, sino que ha de tener una gran vocación por el servicio que presta.

El personal de enfermería está preparado para actuar en distintas áreas de un centro hospitalario.

Para finalizar, decir que es muy importante la formación que haya recibido el personal de enfermería, ya que la vida de muchas personas va a estar en sus manos.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 134

ACTUACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE EL CODIGO ICTUS

CARMEN SANCHEZ MONTAÑES MARTIN POZUELO

MARI CARMEN RAMÍREZ DE ARELLANO GÓMEZ DEL
PULGAR

ANTONIO GALIANO JURADO

LAURA ANDARIAS MORALEDA

ANA MARÍA FERNÁNDEZ MORENO

1 Introducción

Para comenzar esta revisión bibliográfica, empezaremos hablando sobre quien es el personal de enfermería que desempeña sus funciones en una institución sanitaria.

Siempre que no surge algún problema de salud siempre queremos ser atendidos en el mejor centro medico y por el mejor personal sanitario.

Pero para poder lograr esa atención de calidad, no hay que olvidarse de lo importante que es el papel que juega el personal de enfermería para atender nuestra dolencia.

A modo de introducción, podemos decir que la enfermería es una profesión que está mas o menos enfocada hacia aquellas personas que tienen una vocación de

servicio hacia las demás personas y que sienten una preocupación hacia ellas y les van a atender de la mejor manera posible.

El personal de enfermería es el que se encarga de realizar el cuidado y atención de las personas que acuden al centro sanitario.

Por repasar de forma genérica, algunas de las funciones que realiza el personal de enfermería son hacer análisis de sangre, curar heridas, hacer exámenes físicos del paciente, entre muchas otras.

En este trabajo vamos a hablar sobre la actuación del personal de enfermería ante un código ictus.

El código ictus en la actualidad es una urgencia vital, las horas, segundos son importantes para la recuperación del paciente y evitar las posibles secuelas que puedan desencadenarse tras este ictus.

2 Objetivos

Uno de los objetivos que persigue este trabajo es explicar quién es el personal de enfermería que desempeña sus funciones en un centro hospitalario y cual es su actuación ante un código ictus.

3 Metodología

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

4 Resultados

En nuestro trabajo de revisión bibliográfica en el que nos indican que papel puede desempeñar el profesional de enfermería ante un posible código ictus y que criterios de inclusión puede hacer saltar la alarma para poder atender rápidamente al código ictus.

La enfermera, como cualquier profesional sanitario, debe conocer qué criterios de inclusión son los que pueden valorar si el paciente es susceptible al código ictus o no. Antiguamente, había una edad clave 65 años, pero en este rango pocos pacientes podrían beneficiarse de este código ictus. Con lo cual aumentaron la

edad para poder atender a más pacientes en este código ictus. Otro criterio de inclusión es que el paciente no tenga ninguna patología paliativa y que tenga una esperanza de vida de más de 6 meses. El tiempo de evolución desde que sufre el ictus hasta la atención no debe ser mayor a 4, 5 horas.

La enfermera ante la llegada del código ictus estará esperando junto con los médicos y resto del equipo de urgencias al paciente. Se acostará al paciente y se acudirá rápidamente al escáner para detectar donde se encuentra el ictus y de qué tipo de ictus se trata.

La enfermera canalizará una vía periférica, iniciará la sueroterapia y por supuesto colocará el oxígeno y demás fármacos que pautó el médico que lo atenderá. Realizará una exploración neurológica a la vez que realiza todas las técnicas anteriores. También colocará las pegatinas para monitorizar al paciente y por supuesto también realizará un electrocardiograma para descartar otras patologías.

En la realización del escáner se podrá realizar una fibrinólisis o trombectomía, es decir, desobstruir la arteria o vena que está obstruida y está generando este ictus. Tras realizar este tratamiento se valorarán en unas horas las posibles lesiones o consecuencias que puede haber desencadenado el ictus.

La enfermera registrará todo lo realizado en el programa informático en los planes de cuidados de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

El conocido Código ictus es algo que debe conocer todo el personal que trabaja en urgencias, ya que se considera urgencia vital. Cada segundo que pase es un riesgo para las secuelas en el paciente.

Enfermera en este Código desempeña un papel muy importante, ya que es la persona que canaliza la vía para la posterior administración de fármacos. Monitorizará al paciente y valorará a este si ya presenta algún tipo de síntoma neurológico.

Como ya hemos mencionado en la introducción, el personal de enfermería es aquel profesional sanitario que su función es atender de la mejor manera posible a los pacientes que acuden al centro sanitario.

Para ello, es muy importante que este personal de enfermería no solo tenga los conocimientos necesarios para ello, sino que ha de tener una gran vocación por el servicio que presta.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 135

EL TRABAJO DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE ICTUS

ESTELA CID SANCHEZ

MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO

ANDREA TOLEDANO GORDO

GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ

MARTA DE BODAS DEL CERRO

1 Introducción

La unidad de ictus del centro hospitalario es la encargada del internamiento, cuidado y atención de aquellos pacientes que han sufrido un ictus. ¿Qué es un ictus? Un ictus o enfermedad cerebrovascular se produce en el paciente cuando la sangre que se dirige al cerebro sufre algún cambio en su circulación o circuito sanguíneo.

Estos cambios son producidos por la alteración de los vasos sanguíneos que directamente aportan sangre y por lo tanto, oxígeno, al órgano cerebral, siendo los más habituales, aquellos que producen la rotura de dichos vasos y por consiguiente una demora en la aportación de la misma, provocando, en muchas ocasiones, hematomas o coágulos de sangre que se depositan en las distintas partes del cerebro.

En muchas ocasiones se oye nombrar a estas enfermedades neurológicas de distinta manera, infartos cerebrales, ictus, hemorragias cerebrales, coágulos en el

cerebro, siendo términos que sirven para designar la misma patología del paciente.

Una atención temprana y precoz, reconociendo los síntomas que se originan antes del derrame cerebral, son vectores que ayudarán a paliar los efectos secundarios de la enfermedad, sobre todo, en aquellos pacientes más propensos, hipertensos, diabéticos, sobrepeso, hábitos poco saludables en la dieta, sedentarismo, etc.

Hace algunos años se implanto el protocolo de código ictus, prevaleciendo la atención a los pacientes que presentan signos o síntomas de la enfermedad.

2 Objetivos

- Describir la funcionalidad de la unidad de ictus hospitalaria.
- Conocer el trabajo que realiza la enfermera en la unidad de ictus.

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 internamiento de los pacientes en la unidad de ictus se realiza, en un porcentaje muy elevado, con la derivación de los pacientes de otras unidades hospitalarias, sobresaliendo aquellos que se reciben desde el servicio de urgencias hospitalarias. La unidad se compone de un número determinado de habitaciones, clasificadas y ordenadas, según el tipo de ictus y el estado del paciente. La enfermera encargado de los pacientes con ictus agudos, realiza el ingreso, rellenando la hoja clínica del mismo, la hoja de la medicación pautaada y el protocolo a seguir. No son todos los pacientes tratados igualmente, dependiendo de la gravedad y la amplitud del ictus. Con los ictus hemorrágicos, la enfermera de la unidad, siempre acompañará al paciente a la realización de la correspondiente tomografía axial computarizada (TAC) cerebral para localizar exactamente la localización del trombo o la hemorragia.

Los pacientes ingresados en la unidad presentan una movilidad muy reducida y sus condiciones físicas y mentales se encuentran muy mermadas, esto obliga a que muchos de ellos, reciban fisioterapia en la propia habitación. La enfermera mantiene un listado de todos los pacientes, el número de habitación y la hora en que van a recibir dichos ejercicios de rehabilitación, primero en la propia habitación del paciente, y cuando su estado físico y mental han mejorado, en el servicio de rehabilitación del propio hospital. La enfermera colabora con el fisioterapeuta en la colocación y movilización de los pacientes para la ejecución de las tablas de ejercicios.

La enfermera cuida y atiende a sus pacientes con sumo cuidado, sobre todo, en la colocación de vías periféricas y de drenajes o sondas urinarias, teniendo en cuenta que el estado mental de los mismos está alterado.

La enfermera en la hoja clínica de planta del enfermo anotará todas las incidencias producidas con el mismo, así, como la medicación prescrita y cualquier otra prueba complementaria que se realiza al paciente. La colaboración de la enfermera con el resto de personal de la planta, auxiliar de enfermería y celador, en la movilización del paciente es continua, para el acomodo del paciente en la cama y en la prevención de las úlceras por presión.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera destinada en la unidad de ictus no tiene la especialidad en enfermería para el cuidado y tratamiento de pacientes con enfermedades neurológicas, sencillamente, porque esta especialidad no existe, y la atención y cuidado de estos pacientes, exige, que todo el profesional que tenga algún contacto con él, esté debidamente formado y sepa qué tipo de paciente está cuidando.

La labor de la enfermera, como en otras unidades, dentro de la unidad de ictus, no está exenta de una responsabilidad sumaria, de sus cuidados y atención temprana, depende en gran medida, la importancia de la gravedad de las secuelas que un ictus puede dejar en un paciente.

6 Bibliografía

1. Cuidado de enfermería al paciente con ictus. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>.
2. Actuación de enfermería en el código ictus. Disponible en: <https://cursosfnn.com>.

3. Plan de cuidados de enfermería en el paciente con ictus. Disponible en: <https://www.aragon.es>.

Capítulo 136

FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN EL PUNTO FIJO HOSPITALARIO DE DONACIONES DE SANGRE

ESTELA CID SANCHEZ

MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO

ANDREA TOLEDANO GORDO

GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ

MARTA DE BODAS DEL CERRO

1 Introducción

Hace ya casi tres décadas que la administración sanitaria puso en marcha el programa de la donación de sangre. Este programa incluía puntos móviles de extracción, donde el equipo profesional compuesto por enfermeras y médico, se desplazaba, siguiendo una ruta, a las diferentes localidades del entorno, fijando un lugar de la localidad, previo aviso a sus autoridades sanitarias, para que la población se acercara a donar el preciado líquido.

Los puntos fijos de donación en el centro hospitalario se instauraron a raíz de la demanda de voluntarios que deseaban ser donantes. Para poder ser donante se obliga a poseer una serie de características, ser mayor de dieciocho años, tener un peso corporal que supere los cincuenta kilos, no tener ninguna enfermedad

de riesgo, no haber padecido ninguna enfermedad en los últimos quince días y no estar en situación de embarazo.

La plasmaféresis o extracción de sangre consiste en extraer del sujeto unos cuatrocientos cincuenta centímetros cúbicos de plasma, conservados en bolsas individuales, que tienen que estar en continua rotación, hasta su retirada al servicio de hematología, para que no se solidifique. Un donante sano puede donar sangre cada tres meses.

En el punto fijo de donación de sangre trabajan diariamente una enfermera y un auxiliar de enfermería, coordinados ambos, con la asociación de donantes de la localidad.

2 Objetivos

- Explicar qué es un punto fijo de donación de sangre del centro hospitalario.
- Describir las funciones que la enfermera realiza en el punto fijo de donación de sangre del 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 punto fijo de donación de sangre hospitalario funciona en coordinación con la asociación o hermandad de donantes de sangre de la localidad donde se encuentra ubicado. De este modo, las personas donantes, son voluntarios de dicha hermandad, aunque también pueden hacerlo personas anónimas que se acerquen hasta el punto. La enfermera en su lugar de trabajo ya cuenta con un listado de estos donantes ofrecido por la asociación, por lo que, el filtro de las condiciones físicas de los mismos, ya ha sido verificado. La enfermera entrega al donante un cuestionario para rellenar con su nombre completo, peso, enfermedades, alergias y la última vez que donó sangre.

Una vez rellenado el cuestionario, la enfermera, busca al donante en la base de datos, y comprueba la información del mismo, y la veracidad de las respuestas del cuestionario. Lo primero que realiza la enfermera es comprobar la cantidad de hemoglobina que tiene el donante, con un simple pinchazo en un dedo, sabrá que por debajo del catorce por ciento de unidades, no se podrá donar sangre.

La toma de la tensión arterial y un rápido análisis de glucemia, serán los siguientes pasos dados por la enfermera, cuyos resultados le abrirá al donante la vía para poder, definitivamente, donar sangre. Seguidamente el donante se sienta en un sillón abatible, y la enfermera, le coloca pincha, y ya comienza la extracción en las bolsas totalmente identificadas y codificadas.

Durante la extracción, la enfermera, ofrece una botella de agua al donante, porque beber líquido es fundamental, recupera en momentos la sangre extraída. Una vez finalizada la extracción y obtenidas dos bolsas, de unos doscientos veinticinco centímetros cúbicos de sangre, la enfermera, las coloca en los calentadores rotadores para evitar su solidificación, hasta que el servicio de laboratorio hematológico las recoja. Durante este tiempo, el donante ha permanecido unos minutos en el sillón sentado, y la enfermera presta atención en los síntomas que tenga el mismo, mareos, vómitos, inestabilidad, visión borrosa, etc., tras los cuales, si son negativos, el donante, pasa a la zona de alimentos y bebidas para la ingesta de algún bocadillo y agua.

Todos los datos y la información de la extracción, la enfermera, los pasa al archivo correspondiente del donante.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera destacada en el punto fijo de donación de sangre del centro hospitalario cumple con un papel fundamental para la aportación de extracciones al banco de sangre del hospital. La enfermera debe tener una depurada técnica de punción para introducir la aguja de las extracciones, puesto que un calibre de veinticinco, no permite el error en la punción, por las consecuencias tan molestas para el donante, dolor, hinchazón y moratón en la zona de la inyección.

La prestación de especial cuidado en la zona de la inyección, es otra máxima, que la enfermera debe observar en todo momento, limpiando y desinfectando completamente dicha zona, para evitar la contaminación de dicha extracción, lo que daría lugar a la eliminación de las bolsas extraídas.

6 Bibliografía

1. La donación de plasma. Disponible en: <https://consejoandaluzenfermeria.com>.
2. La aportación de la enfermera en la donación de sangre. Disponible en: <https://Fe-rol.es>.
3. El papel de la enfermera en la donación de sangre. Disponible en: <https://www.enfermeriaourense.org>.

Capítulo 137

FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

ESTELA CID SANCHEZ

MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO

ANDREA TOLEDANO GORDO

GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ

MARTA DE BODAS DEL CERRO

1 Introducción

La hemodinámica es una subespecialidad de la cardiología intervencionista, aunque ambas, generalmente, siempre suelen realizarse juntas. La hemodinámica se encarga de estudiar el órgano del corazón desde la perspectiva de su funcionamiento y de su anatomía. El corazón es controlado y gobernado por el bulbo raquídeo.

La hemodinámica y la cardiología intervencionista realizan todos los procesos diagnósticos, a través de técnicas, invasivas y menos invasivas, para observar los movimientos del corazón y su anatomía. A través de las punciones de sus arterias y venas, se intenta comprobar las presiones y la capacidad volumétrica de las mismas, así como las cavidades cardiacas, su estructura y anatomía.

Los resultados de todas estas pruebas diagnósticas llevan a programar la intervención a realizar en cada una de las enfermedades coronarias y del corazón, como los cateterismos, los stents, prótesis de válvulas, etc.

El cateterismo consiste en la introducción, por vía femoral, ingle, o por vía radial, brazo, un catéter que abren y desanchan las arterias coronarias, bien, para su ensanchamiento, o bien, para la colocación del stent coronario, que es una malla metálica colocada sobre una bola minúscula que se introduce en la arteria del corazón.

En este capítulo se describirán las funciones que realiza la enfermera con los pacientes intervenidos en el servicio.

2 Objetivos

- Conocer el funcionamiento del servicio de hemodinámica y cardiología intervencionista.
- Describir las funciones que la enfermera realiza en el servicio de hemodinámica y cardiología intervencionista.

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 intervenidos en cardiología intervencionista son atendidos por un equipo multidisciplinar, donde sobresalen, los cardiólogos intervencionistas, los cirujanos, los enfermeros, los auxiliares de enfermería y los celadores, éstos últimos son los encargados del traslado y movilización de los pacientes hasta el servicio de hemodinámica.

La enfermera destinada en el servicio de hemodinámica tiene entre sus funciones las siguientes:

- Control, manipulación y cuidados de los catéteres colocados en el paciente. Los catéteres son tubos de plástico, de diverso grosor y extensión. Existen los

catéteres largos y los cortos. Los catéteres largos son utilizados cuando se pretende que la medicación puesta al paciente llegue lo más profundamente posible. La enfermera es la encargada del control, tanto de los catéteres periféricos, que llegan por las vías y arterias más alejadas del corazón, hasta de los catéteres o vías centrales, que pasan más cerca del corazón. La inserción de estos catéteres debe ser muy precisa y exacta, exigiendo en la enfermera una técnica muy depurada y perfecta de penetración. Las vías que salen al exterior del cuerpo del paciente, en la aorta central o en otras, deben estar sujetas perfectamente, para evitar movimientos que logren sacarla del catéter. También es la enfermera del cuidado y limpieza de estas vías, así como de su sujeción correcta y viabilidad en el recorrido del catéter.

Estos catéteres, vía central o periférica, una vez terminada la intervención y no sean necesarias su utilización, deben ser retiradas por la enfermera, exigiendo en la misma la utilización de unas técnicas muy precisas.

-Control de los reservorios subcutáneos.

Un reservorio subcutáneo colocado bajo la piel del paciente, generalmente, bajo el brazo, el pecho o la ingle, es un mecanismo metálico que permite la colocación de la vía central y que se usa en pacientes que van a tener un tratamiento largo de la medicación intravenosa por el catéter.

El control y la colocación de estos reservorios es función de la enfermera que tiene que emplear una técnica especial para que la membrana, que suele ser de silicona, quede perfectamente adherida a la capa de la epidermis del paciente.

-Administración de toda la medicación que pasa por el catéter o CVC.

La enfermera, bajo la prescripción, del especialista intervencionista es la encargada de administrar, por vía central o periférica, toda la medicación que el paciente necesita. En esta labor la enfermera mantendrá todo el material, como agujas y jeringas precargadas en perfecto estado de asepsia.

-Realización de las curas de la intervención.

Las curas de las punciones, las incisiones realizadas en el paciente es función de la enfermera encargada y que atiende al paciente. En estas curas, la enfermera, prepara todo el material con antelación, poniendo especial cuidado en la no contaminación de dichas zonas para una pronta cicatrización.

5 Discusión-Conclusión

Se han descrito que las funciones y tareas de la enfermera en el servicio de hemodinámica y cardiología intervencionista son muchas y variadas y no están exentas de responsabilidad. La perfecta coordinación en las técnicas empleada por la en-

fermera y su profesionalidad, así como sus conocimientos, en la colocación de los catéteres y vías, de cualquier tipo, adelantarán la mejoría y el alta hospitalaria del paciente, pacientes que son intervenidos en zonas muy sensibles y especiales. Desde aquí, sirva esta conclusión, para hacer patente, que cada vez, es más necesaria la especialidad de la enfermería en este campo del intervencionismo, y se realiza la llamada a la administración sanitaria para que se haga eco de la especialidad.

6 Bibliografía

1. Qué función debe cumplir la enfermera en hemodinámica. Disponible en: <https://www.euroinnova.edu.es>.
2. Perfil del profesional de enfermería en hemodinámica. Disponible en: <https://hemodinamica.enfermeria.com>.
3. Unidad hemodinámica y cardiología intervencionista. Disponible en: <https://www.fjd.es>.

Capítulo 138

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACION EN EL MANEJO DE UNA VÍA AÉREA

ANTONIO GALIANO JURADO

LAURA ANDARIAS MORALEDA

ANA MARÍA FERNÁNDEZ MORENO

CARMEN SANCHEZ MONTAÑES MARTIN POZUELO

VANESA RODRÍGUEZ CETINA

1 Introducción

El personal de enfermería es el que se encarga de realizar el cuidado y atención de las personas que acuden al centro sanitario.

Por repasar de forma genérica, algunas de las funciones que realiza el personal de enfermería son hacer análisis de sangre, curar heridas, hacer exámenes físicos del paciente, entre muchas otras.

En este trabajo vamos a hablar sobre la actuación del personal de enfermería ante el manejo de una vía aérea.

Tanto en el ámbito laboral de nuestra profesión sanitaria, como fuera de él, nos pueden ocurrir situaciones en las que la vida de una persona está en nuestras manos y que solo realizando únicamente las medidas adecuadas de forma correcta, podríamos ayudar, salvar o ganar tiempo, en el siguiente capítulo hablare-

mos de lo elemental que es la permeabilidad de la vía aérea y como es imprescindible su apertura en varias situaciones críticas en las que el paciente por sí solo no podría mantenerla abierta, llevándole a la muerte

2 Objetivos

Exponer cuáles son las actuaciones del personal de enfermería en el manejo de una vía aérea.

3 Metodología

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

4 Resultados

De forma esquemática y conceptual se pueden desglosar cada una de las maniobras que mantendrán la vía aérea permeable en el paciente inconsciente o en situación de parada cardiorrespiratoria. Dividiremos en manejo manual y simple: manual donde solo usaremos nuestras manos y simple donde es posible usar dispositivos.

Maniobras manuales.

1. Maniobra Frente Mentón.

Es la técnica usada habitualmente en pacientes en situación de parada cardiorrespiratoria o pérdida de consciencia, pero nunca en los pacientes politraumatizados o cuando se sospeche una lesión cervical.

Para realizarla, el reanimador usa las dos manos para extender el cuello del paciente, con una mano empuja la frente del paciente hacia atrás y con los dedos índice y medio de la otra mano levanta la mandíbula y el mentón, mejorando la permeabilidad de las vías aéreas al levantar la lengua de la faringe posterior.

2. Maniobra de Tracción Mandibular.

En esta maniobra hay que abrir la vía aérea sin movilizar la columna cervical, y se usa en pacientes politraumatizados. Este debe estar en decúbito supino, el reanimador desde el cabecero coloca ambas bases de las manos a los lados de

la cabeza del paciente, en la zona parietooccipital, dirigiendo las puntas de los dedos, apuntando hacia los pies del paciente, y sujetando y elevando a la vez la mandíbula para desplazarla anteriormente.

Maniobras simples.

Las maniobras simples o con dispositivos, tienen como objetivo mantener la vía aérea abierta. Los dispositivos más importantes para lograr este objetivo son las cánulas orofaríngeas y las cánulas nasofaríngeas, ambos evitarán que se obstruya la vía aérea por la lengua, y facilitarán la ventilación con bolsa-mascarilla en todos los casos.

1. Cánula orofaríngea. Indicada cuando el paciente es incapaz de mantener la vía aérea permeable porque están inconscientes y no responden, se puede introducir de forma directa o indirecta. Está diseñada para mantener la lengua del paciente desplazada hacia adelante, fuera de la faringe. La cánula es tubo curvo y firme, con un conducto interno que permite la circulación de aire desde la boca hasta la glotis.

2. Cánula nasofaríngea.

Esta cánula es un tubo hueco que se pasa a través de la nariz hasta la glotis, también viene en varios tamaños, por lo que igualmente debemos elegir la que le corresponde a nuestros pacientes, para eso hay que medirla, poniéndola de forma paralela a un lado de la cabeza del paciente, la parte más gruesa de la cánula se coloca a nivel de la nariz y la punta hacia el ángulo de la medida, hasta donde la cánula correcta para el paciente debería de llegar.

Después de medir, hay que lubricar la cánula, para posteriormente introducirla suavemente a lo largo del piso de la nariz en la faringe posterior detrás de la lengua. Se puede girar un poco para disminuir la resistencia al progresarla.

Recordar que se desaconseja su uso en pacientes que tengan sospecha de fractura de base de cráneo. También que, en al menos en un 30% de los casos, pueden haber sangrado, causando aspiración de sangre o coágulos.

5 Discusión-Conclusión

La permeabilidad de la vía aérea es elemental para mantener al paciente con vida, sin ella todos los demás esfuerzos no servirán de nada. Es nuestro deber estar siempre actualizados y realizar entrenamientos continuos ayudan a mejorar la práctica clínica y la supervivencia de nuestros pacientes.

Aunque es imprescindible conocer las técnicas para realizarlas correctamente, además debemos comprender cómo funciona lo que hacemos en la anatomía del

paciente, para así entender la importancia de las maniobras y saber cómo adaptarnos a las diversas situaciones que se nos puedan presentar.

Finalmente, recordar que aunque sean maniobras básicas, requieren de formación adecuada para poder realizarlas de forma correcta.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 139

ALCOHOLISMO EN EL EMBARAZO

MARIA HORNA MARTINEZ

1 Introducción

El alcoholismo en embarazadas es un problema de salud pública que puede tener graves consecuencias tanto para la madre como para el feto. El consumo de alcohol durante el embarazo puede causar daños irreversibles en el desarrollo del feto, lo que se conoce como síndrome de alcoholismo fetal (SAF). Es importante abordar este tema y tomar medidas para prevenir y tratar el alcoholismo en mujeres embarazadas, protegiendo al mismo tiempo la calidad de vida del futuro bebé.

La incidencia del alcoholismo en embarazadas puede variar según la región y la población estudiada. Sin embargo, se estima que un porcentaje significativo de mujeres embarazadas consume alcohol durante el embarazo. No existe un nivel seguro de consumo de alcohol durante el embarazo, por lo que se recomienda evitar por completo su consumo. El alcohol puede atravesar la placenta y afectar al feto. Hay que destacar que el consumo de alcohol durante el embarazo puede tener efectos negativos en el desarrollo del feto, incluyendo retraso en el crecimiento, malformaciones congénitas y problemas de desarrollo neurológico. Para prevenir y tratar el alcoholismo en embarazadas, es fundamental concienciar a las mujeres embarazadas sobre los riesgos del consumo de alcohol y proporcionarles apoyo y recursos adecuados.

2 Objetivos

- Analizar la prevalencia del alcoholismo en embarazadas.

- Evaluar los efectos del consumo de alcohol durante el embarazo en el desarrollo del feto.
- Identificar los factores de riesgo asociados al alcoholismo en embarazadas y proponer estrategias de prevención y tratamiento.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio, se realizó una revisión de la literatura científica sobre el alcoholismo en embarazadas. Se buscaron estudios y artículos, en bases de datos como Pubmed o Google Scholar, que abordaran este tema en bases de datos especializadas. Se recopilieron datos sobre la prevalencia del alcoholismo en embarazadas, los efectos del consumo de alcohol durante el embarazo y los factores de riesgo asociados.

4 Resultados

Los resultados de este estudio muestran que el alcoholismo en embarazadas es un problema significativo en muchas comunidades. La prevalencia varía según la región y la población estudiada, pero se estima que un porcentaje significativo de mujeres embarazadas consume alcohol durante el embarazo. El consumo de alcohol durante el embarazo puede tener efectos negativos en el desarrollo del feto, incluyendo retraso en el crecimiento, malformaciones congénitas y problemas de desarrollo neurológico

Algunos de los efectos del alcoholismo materno en la salud de los neonatos son: Síndrome de Alcoholismo Fetal (SAF): El consumo de alcohol durante el embarazo puede resultar en el SAF, que se caracteriza por defectos físicos, retraso en el crecimiento y desarrollo, problemas de comportamiento a largo plazo y dificultades de aprendizaje.

Retraso en el desarrollo: Los neonatos expuestos al alcoholismo materno pueden experimentar retraso en el desarrollo físico y cognitivo. Pueden tener dificultades para alcanzar los hitos del desarrollo, como sentarse, gatear y caminar.

Defectos cardíacos: El consumo de alcohol durante el embarazo puede aumentar el riesgo de defectos cardíacos en los neonatos.

Problemas de alimentación: Los neonatos expuestos al alcoholismo materno pueden tener dificultades para alimentarse adecuadamente, lo que puede provocar un crecimiento deficiente y una nutrición inadecuada.

Problemas de sueño: Los neonatos pueden experimentar trastornos del sueño, como dificultad para conciliar el sueño o despertarse con frecuencia, como resultado del alcoholismo materno.

También conlleva riesgos a la mujer embarazada:

Riesgos obstétricos: las mujeres que consumen alcohol durante el embarazo, tienen un mayor riesgo de experimentar complicaciones obstétricas como placenta insuficiente, restricción del crecimiento intrauterino y parto prematuro.

Problemas de salud mental: las mujeres que consumen alcohol durante el embarazo también están en el mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental como trastornos de ansiedad y depresión.

Es importante destacar que los efectos del alcoholismo materno en los neonatos pueden variar dependiendo de la cantidad y el momento del consumo de alcohol, así como de otros factores individuales. Cada caso es único y los efectos pueden diferir entre los neonatos. Lo más seguro para la salud del feto es que la madre evite por completo el consumo de alcohol durante el embarazo.

Estrategias de prevención y tratamiento en mujeres alcohólicas durante el embarazo

El alcoholismo durante el embarazo es un problema grave que puede tener consecuencias negativas para la salud de la madre y el desarrollo del feto. Aquí hay algunas estrategias de prevención y tratamiento que se pueden seguir:

Educación y concienciación: Es fundamental proporcionar información clara y precisa a las mujeres sobre los riesgos asociados con el consumo de alcohol durante el embarazo. Esto puede incluir campañas de sensibilización en la comunidad y la difusión de material educativo.

Apoyo emocional y psicológico: Las mujeres que luchan contra el alcoholismo durante el embarazo necesitan un apoyo emocional y psicológico adecuado. Esto puede incluir terapia individual o grupal, asesoramiento y programas de apoyo específicos para mujeres embarazadas.

Tratamiento de adicciones: Las mujeres embarazadas que luchan contra el alcoholismo pueden beneficiarse del tratamiento de adicciones. Esto puede incluir terapia cognitivo-conductual, terapia de grupo, programas de desintoxicación supervisados y programas de rehabilitación.

Apoyo médico y seguimiento prenatal: Es esencial que las mujeres embarazadas que luchan contra el alcoholismo reciban un seguimiento médico adecuado durante el embarazo. Esto puede incluir visitas regulares al médico, exámenes de salud y monitoreo del desarrollo del feto.

Red de apoyo social: Es importante que las mujeres embarazadas tengan una red

de apoyo social sólida que las respalde durante el proceso de recuperación. Esto puede incluir el apoyo de familiares, amigos, grupos de apoyo y organizaciones comunitarias.

Cabe destacar que cada caso es único y es fundamental buscar el apoyo y la orientación de profesionales de la salud y expertos en adicciones para recibir el tratamiento adecuado. El objetivo principal es garantizar la salud y el bienestar tanto de la madre como del feto durante el embarazo.

El papel de la enfermera en la ayuda a mujeres alcohólicas embarazadas es importante para brindarles el apoyo necesario durante esta etapa crítica. Algunas de las acciones que una enfermera puede llevar a cabo incluyen:

Educación y consejería: La enfermera puede proporcionar información sobre los riesgos del consumo de alcohol durante el embarazo y los efectos negativos que puede tener en el feto. También puede ofrecer consejos sobre cómo dejar de consumir alcohol y proporcionar recursos para obtener ayuda adicional.

Evaluación y seguimiento: La enfermera puede realizar evaluaciones de salud para identificar posibles complicaciones relacionadas con el consumo de alcohol y realizar un seguimiento regular para monitorear el progreso de la mujer en su proceso de recuperación.

Derivación a servicios especializados: Si es necesario, la enfermera puede derivar a la mujer a servicios especializados, como programas de tratamiento de adicciones o servicios de salud mental, para recibir el apoyo adecuado.

Apoyo emocional: La enfermera puede brindar apoyo emocional a la mujer, escuchando sus preocupaciones y proporcionando un ambiente seguro y de confianza donde pueda expresar sus sentimientos.

El papel de la enfermera puede variar dependiendo del entorno de atención médica y las políticas y protocolos específicos de cada lugar. Sin embargo, en general, las enfermeras desempeñan un papel crucial en el cuidado y apoyo de mujeres alcohólicas embarazadas, ayudándolas a tomar decisiones saludables y brindándoles el apoyo necesario para tener un embarazo saludable.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el alcoholismo en embarazadas es un problema de salud pública que requiere atención y acción. Es importante concienciar a las mujeres embarazadas sobre los riesgos del consumo de alcohol y proporcionarles apoyo y recursos para prevenir y tratar el alcoholismo. Además, se deben implementar

políticas y programas de prevención que aborden los factores de riesgo asociados al alcoholismo en embarazadas.

El consumo de alcohol durante el embarazo puede causar daños irreversibles al feto, como el síndrome de alcoholismo fetal (SAF).

No existe un nivel seguro de consumo de alcohol durante el embarazo. La abstinencia total es la opción más segura.

El consumo de alcohol en el embarazo puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro, bajo peso al nacer y problemas de desarrollo y comportamiento en el niño.

Destacar la importancia de que los profesionales de la salud brinden información clara y precisa a las mujeres embarazadas sobre los riesgos del consumo de alcohol y ofrezcan apoyo para dejar de consumir.

6 Bibliografía

1. Smith A, et al. Alcohol consumption during pregnancy and fetal development: a systematic review. *Alcohol Alcohol*. 2018;53(4):432-441.
2. Jones KL, et al. Fetal alcohol spectrum disorders: clinical features and diagnosis. *J Pediatr*. 2010;157(6):882-887.
3. World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2014.
4. Riley, E. P., Infante, M. A., & Warren, K. R. (2011). Fetal alcohol spectrum disorders: an overview. *Neuropsychology Review*, 21(2), 73-80.
5. May, P. A., Gossage, J. P., Kalberg, W. O., Robinson, L. K., Buckley, D., Manning, M., ... & Hoyme, H. E. (2009). Prevalence and epidemiologic characteristics of FASD from various research methods with an emphasis on recent in-school studies. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 15(3), 176-192.
6. Chudley, A. E., Conry, J., Cook, J. L., Looock, C., Rosales, T., & LeBlanc, N. (2005). Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. *Canadian Medical Association Journal*, 172(5_suppl), S1-S21.
7. Lange, S., Probst, C., Gmel, G., Rehm, J., Burd, L., & Popova, S. (2017). Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 171(10), 948-956.
8. "Monografía. Alcohol 2021: Consumo y consecuencias" - Este informe proporciona información sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias en España, incluyendo aspectos relacionados con la prevención y la promoción de la salud.
8. "Estrategia de Salud Pública 2022" - Esta estrategia aborda la prevención de

enfermedades y promoción de la salud, incluyendo enfoques específicos para mujeres embarazadas y personas con enfermedades crónicas .

9. "Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer" - Esta publicación aborda los desafíos y las estrategias de tratamiento para mujeres embarazadas y madres que consumen drogas , incluyendo el alcohol.

Capítulo 140

VISIÓN DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CRÍTICO CONSCIENTE EN RELACIÓN CON SU ESTABILIDAD EMOCIONAL

CARMEN SANCHEZ QUINTANILLA

MARÍA JOSE GABALDON CUENCA

JOSÉ FRANCISCO OVIEDO OVIEDO

1 Introducción

El paciente crítico es aquel sujeto que presenta un problema grave de salud con cierto compromiso vital, pero en la mayoría de los casos con carácter reversible y de posible curación.

Este tipo de paciente ingresa en unidades especiales con una atención especial, un sistema de monitorización y unos tratamientos específicos más invasivos y con un personal sanitario especializado para su cuidado.

Lo que se pretende con esta revisión bibliográfica es recopilar conclusiones de diferentes estudios y dar visibilidad al trabajo que queda por hacer en las unidades de críticos para intentar hacer más confortable la estancia de los pacientes, a pesar de la dificultad por la situación del mismo y los factores estresantes que lo rodean, así como intentar disminuir en la medida de lo posible esos efectos colaterales del ingreso y su efecto negativo en el paciente.

Algunos de estos efectos negativos a veces pasan desapercibidos porque estamos centrados en la patología orgánica y muchos de ellos sufren secuelas incluso

después del alta, por tanto, también es una labor de la continuidad de cuidados, trabajar ciertos aspectos del paciente como un "ser holístico" fuera de esa unidad de críticos para mantener una buena base de la salud mental de este.

2 Objetivos

Dar visibilidad e importancia a una visión general del paciente en estado crítico y no solo enfocarnos y centrarnos en la patología física.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de los diferentes artículos y publicaciones relacionados con el tema del estado mental del paciente en estado crítico, de su situación psicológica y de las posibles secuelas que su estancia le puede ocasionar.

La búsqueda ha sido a través de bases de datos como PubMed, Medline y Scielo. Principalmente con una literatura en castellano y en inglés, desde el 2010 en adelante.

4 Resultados

Cuando ingresa una paciente en las unidades de críticos, somos conscientes de las repercusiones físicas que puede llegar a tener y de la cantidad de cuidados y tratamientos que podremos necesitar, pero, en muchas ocasiones, olvidamos o no mostramos especial interés en el aspecto emocional/psicológico, lo cual, en muchos casos, seguramente llegue a ser incluso más importante que la patología física por sus posibles secuelas o complicaciones.

Es cierto que desde hace un tiempo se viene implantando un modelo de humanización a nivel hospitalario para intentar concienciar tanto a los profesionales como a los pacientes de la empatía y del trabajo en equipo para disminuir la sensación de ansiedad, malestar o soledad que puede agravar la situación del paciente ingresado en el servicio. Se intenta valorar al paciente desde un todo y valorando sus necesidades a todos los niveles, desde su entrada en urgencias hasta el del alta del hospital.

Siempre nuestra prioridad ha sido resolver situaciones urgentes y la preocupación por la estabilidad del paciente. Sin embargo, hay un porcentaje importante, procedente de algunas encuestas realizadas a pacientes ingresados en

unidades de críticos, en las que queda claro que, a nivel de percepción del paciente, tenemos un aprobado justo, en muchas ocasiones, en los cuidados de humanización.

Los pacientes que ingresan en las unidades de cuidados intensivos presentan una situación de vulnerabilidad y normalmente desembocan en sentimientos negativos como miedo, ansiedad, tristeza, sufrimiento e incertidumbre que enlentecen o complican su recuperación. Así mismo, se puede alterar la situación familiar por esa pérdida de contacto desde su ingreso en la unidad.

Respecto a la etiología de estos problemas, hay diferentes estudios que aseguran que su origen es multifactorial. Algunas de esas causas pueden ser la situación base psicológica del paciente, la edad, su tratamiento crónico, su ritmo de sueño, su comorbilidad y la percepción del equipo sanitario que lo atiende...; Estas son algunas de las causas por las que el paciente puede tener más tendencia a padecer alguna de las consecuencias de un ingreso en críticos.

5 Discusión-Conclusión

Se destaca el hecho de que el tratamiento de estos pacientes debe ser integral, de tal manera que se debe atender tanto las necesidades físicas relacionadas con la patología, como las psicológicas/mentales, procurando de esta manera la recuperación total del paciente en el menor tiempo posible.

Es fundamental recordar que no solo importan la patología física, sino que siempre va unida a la psicología de ese paciente y a su recuperación en la estancia en críticos.

Se pueden aportar algunas recomendaciones para ello como: intentar que los cuidados de enfermería respeten el descanso nocturno, la utilización de medicamentos para inducir el sueño, minimizar y reducir tanto el ruido como la iluminación, adecuar las habitaciones con algunos dispositivos de ocio para los pacientes que puedan estar capacitados porque su patología o estado de base se lo permitan...

Se resalta la importancia de trabajar con un protocolo de forma constante con un equipo multidisciplinar.

6 Bibliografía

1. Sleep in the critically ill patient. Sleep.2006; 29:707-16.

2. Santander Cabrera L, Martinez Alonso J; Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health. "Cuidados psicologicos del paciente critico" pages 99-100 (April) 2009.
3. Martinez Garcia ,R: El apoyo psicologico y emocional al paciente en UCI y a su entorno familiar. 24/04/2022.
4. <https://humanizandoloscuidadosintebivos.com/es/blog>.
5. Contreras Moreno A, Palacios Espinosa X. Contribuciones de la psicología al manejo interdisciplinar del paciente UCI. Rev. Uni ind Santander, salus vol 46 no1. Scielo.

Capítulo 141

LAS LABORES DE LA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL TRATAMIENTO DE UN ABSCESO PERIANAL

JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA

MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ

LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE

BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS

SARA POZO SANTIAGO

1 Introducción

La atención médica abarca una amplia gama de condiciones y enfermedades, cada una con sus propios desafíos y requisitos de tratamiento. Entre estas condiciones, los abscesos perianales se presentan como una preocupación clínica que requiere atención y cuidados especializados.

Un absceso perianal es una acumulación localizada de pus en el área cercana al ano, que puede ser dolorosa y causar molestias significativas para el paciente. En el proceso de tratamiento de esta condición, las enfermeras juegan un papel esencial al brindar una atención holística que abarca desde la preparación del paciente hasta la recuperación postoperatoria.

La enfermería, como parte integral del equipo de atención médica, desempeña un papel multifacético en el manejo de los abscesos perianales. Desde la evaluación inicial y la preparación preoperatoria hasta el seguimiento y los cuidados posteriores, las enfermeras despliegan una combinación de habilidades técnicas y empatía humana para asegurar que los pacientes reciban la atención adecuada en todas las etapas de su proceso de tratamiento.

Este trabajo explorará detalladamente las labores que las enfermeras llevan a cabo en el tratamiento de los abscesos perianales, resaltando su impacto en la calidad de vida del paciente y en la eficacia general del tratamiento. Desde la asistencia en el quirófano hasta la educación sobre cuidados en el hogar, las enfermeras desempeñan un papel vital para garantizar que los pacientes reciban una atención integral y puedan recuperarse de manera exitosa.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios:

Objetivo principal:

- Dar a conocer y evaluar los principales tratamientos que se ejercen desde la enfermería en los abscesos perianales.

Objetivo secundario:

- Mostrar las variables que se analizan en los estudios relacionados con la enfermería y los cuidados de los pacientes y los abscesos perianales.

3 Metodología

- Fuentes documentales consultadas:

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre junio de 2023 y septiembre de 2023.

- Estrategia de búsqueda:

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“perianal abscesses” OR “perianal abscess”) AND (nursing OR nurse OR infirmary).

4 Resultados

El tratamiento de un absceso perianal generalmente requiere la intervención de un equipo médico, incluyendo cirujanos y enfermeras. Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la atención al paciente, tanto antes como después de la cirugía.

Aquí hay algunas de las labores que una enfermera podría llevar a cabo en el tratamiento de un absceso perianal:

- Evaluación inicial:

La enfermera podría recopilar información sobre los síntomas del paciente, la historia médica y cualquier alergia conocida. Esto es esencial para ayudar al equipo médico a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento.

- Educación al paciente:

La enfermera puede explicar al paciente qué es un absceso perianal, cómo se forma y cuáles son los procedimientos que se realizarán para tratarlo. También puede brindar información sobre el proceso postoperatorio, los cuidados en el hogar y las precauciones a tomar.

- Preparación para la cirugía:

La enfermera podría preparar al paciente para la cirugía, explicando los pasos previos a la intervención y asegurándose de que el paciente esté listo tanto física como emocionalmente.

- Apoyo emocional:

La cirugía y el tratamiento de un absceso perianal pueden ser estresantes y angustiantes para el paciente. La enfermera puede proporcionar apoyo emocional y responder a cualquier pregunta o preocupación que el paciente pueda tener.

- Preparación quirúrgica:

Antes de la cirugía, la enfermera podría ayudar a preparar al paciente para el procedimiento, incluida la administración de medicamentos preoperatorios y la preparación de la zona quirúrgica.

- Asistencia durante la cirugía:

En algunas circunstancias, la enfermera podría estar presente en el quirófano para proporcionar asistencia al cirujano y asegurarse de que todo esté listo y esterilizado.

- Cuidados postoperatorios:

Después de la cirugía, la enfermera podría ayudar a monitorear al paciente mientras se recupera de la anestesia y brindar atención a las necesidades inmediatas, como el control del dolor y la administración de medicamentos.

- Instrucciones de cuidado en el hogar:

La enfermera proporcionará al paciente y a su familia instrucciones claras sobre cómo cuidar la herida, cómo cambiar apósitos y cualquier otro cuidado necesario una vez que el paciente haya sido dado de alta.

- Seguimiento y evaluación:

En los días y semanas posteriores a la cirugía, la enfermera podría realizar un seguimiento con el paciente para evaluar su progreso, verificar la curación de la herida y abordar cualquier preocupación o complicación que pueda surgir.

- Educación sobre signos de infección:

La enfermera educará al paciente sobre los signos de infección que debe vigilar, como enrojecimiento, hinchazón, secreción o fiebre. Esto ayudará al paciente a reconocer cualquier problema potencial y buscar atención médica a tiempo.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada para este trabajo, se constata que el tratamiento de un absceso perianal es un proceso que involucra múltiples etapas y cuidados especializados, en los cuales las enfermeras desempeñan un papel crucial. A lo largo de todo el proceso, desde la evaluación inicial hasta la recuperación postoperatoria, las enfermeras proveen atención compasiva, educación y apoyo tanto al paciente como a sus familias. Su labor abarca desde la preparación del paciente para la cirugía hasta la administración de cuidados posteriores, garantizando una recuperación adecuada y la prevención de complicaciones.

La enfermera no solo asiste al cirujano en el quirófano, sino que también desempeña un papel esencial al proporcionar información detallada sobre los cuidados posteriores, incluyendo la higiene de la herida, el manejo del dolor y la identificación temprana de signos de infección. Esta educación y apoyo son fundamentales para empoderar al paciente y permitir que continúe su recuperación de manera efectiva una vez que ha sido dado de alta.

En definitiva, la labor de las enfermeras en el tratamiento de un absceso perianal va más allá de las tareas técnicas, ya que involucra aspectos emocionales, educativos y de seguimiento. Su dedicación contribuye significativamente a mejorar la experiencia del paciente y a asegurar una recuperación exitosa. La colaboración entre médicos, cirujanos y enfermeras es esencial para brindar un tratamiento integral y de alta calidad a aquellos que requieren atención por un absceso perianal.

6 Bibliografía

1. Award, D. J. (7 de junio de 2017). Diagnóstico de absceso perianal. Obtenido de ascrs: https://www.fascrs.org/patients/disease-condition/absceso_anal-y-lafistula
2. Bustos, D. C. (25 de Marzo de 2019). mapre. Obtenido de absceso perianal: <https://www.gobcesoogle.com/amp/s/www.salud.mapfre.es/enfermedades/digestivas/abceso-perianal/amp/>
3. Serven Tanir Basaranoglu, Y. O. (5 de Junio de 2018). Materiales y Metodos de absceso perianal. Obtenido de BEXSERO: <https://www.analesdepediatria.org/es-absceso-perianal-ninos-perspectivadesde-avance>.
4. Vilchez, R. R. (17 de Marzo de 2019). Modelos de Enfermería. Obtenido de Guía de Enfermería: <http://www.guiadeenfermeria.org/2016/04/modelos-deenfermeria.html>.
5. Juan Antonio Villanueva Herreroa ARCBJB. Elsevier. [Online]; 2014. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirujano-general-218-articulo-el-tipo-absceso-anal-afecta>.
6. Lorente DBF. TOPDOCTORS. [Online]; 2013. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/absceso-anal>.
7. Tango D. MedlinePlus. [Online]; 2022. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001519.htm>.
8. Kamitsuru THH&NI&S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 12th ed. Barcelona: Elsevier; 2021-2023.

Capítulo 142

VALORACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA ENFERMERÍA CON EL PACIENTE QUE SUFRE DE APENDICITIS

JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA

SARA POZO SANTIAGO

BELÉN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS

LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE

MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ

1 Introducción

La atención médica es un proceso colaborativo en el que diferentes profesionales de la salud desempeñan roles vitales para garantizar el bienestar de los pacientes. En este contexto, la enfermería se destaca como una pieza fundamental en la atención integral y personalizada de las diversas condiciones médicas. La apendicitis, una afección que afecta al apéndice y puede requerir intervención quirúrgica de emergencia, demanda una atención experta y atenta por parte de las enfermeras. La apendicitis puede causar un dolor agudo y complicaciones graves si no se aborda a tiempo. En este sentido, el papel de las enfermeras es esencial desde la evaluación inicial hasta el período de recuperación postoperatoria. Esta guía se centra en la valoración del desempeño de la enfermería en el cuidado de pacientes que sufren de apendicitis. Exploraremos cómo las enfermeras desempeñan un rol

integral en la evaluación, comunicación, monitorización, preparación quirúrgica, cuidados postoperatorios y educación para el alta, contribuyendo en gran medida al éxito del tratamiento y a la comodidad del paciente.

A través de una mirada detallada a las labores y responsabilidades de las enfermeras en esta área, podemos comprender mejor la importancia de su contribución en la atención de los pacientes con apendicitis y cómo su enfoque holístico y compromiso con el cuidado del paciente hacen una diferencia significativa en el proceso de recuperación.

2 Objetivos

Conocer el papel de enfermería con el paciente que sufre apendicitis.

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 valoración del desempeño de la enfermería en el cuidado de pacientes que sufren de apendicitis es esencial para garantizar una atención de calidad y una recuperación exitosa. La apendicitis es una condición médica en la que el apéndice, una pequeña estructura en el intestino, se inflama y puede requerir una cirugía de emergencia. La enfermería desempeña un papel crucial en el manejo de esta afección, y su desempeño se puede evaluar en varios aspectos clave:

1. Evaluación Inicial: La enfermera debe ser competente en la evaluación inicial del paciente con apendicitis. Esto implica identificar los síntomas, realizar una historia clínica completa y realizar un examen físico detallado para determinar la gravedad de la afección. Una valoración precisa ayuda a tomar decisiones médicas informadas.

2. Comunicación y Educación: Una enfermera efectiva se comunica de manera clara y empática con el paciente y su familia. Proporciona información sobre la

afección, el tratamiento y los procedimientos, asegurando que el paciente y la familia comprendan lo que está sucediendo y qué esperar.

3. Monitorización y Cuidados Continuos: La enfermera debe vigilar de cerca al paciente antes y después de la cirugía, asegurándose de que esté estable y de que los signos vitales sean monitoreados regularmente. También debe administrar medicamentos y tratamientos según lo prescrito por el médico.

4. Preparación Quirúrgica: En el caso de una cirugía de apendicectomía, la enfermera juega un papel esencial en la preparación del paciente para la intervención. Esto incluye administrar medicamentos preoperatorios, asegurarse de que el paciente esté en condiciones adecuadas para la cirugía y proporcionar apoyo emocional.

5. Cuidados Postoperatorios: Después de la cirugía, la enfermera debe garantizar que el paciente se recupere adecuadamente. Esto implica administrar medicamentos para el dolor, monitorear la herida quirúrgica en busca de signos de infección y proporcionar apoyo emocional al paciente.

6. Educación para el Alta: La enfermera debe educar al paciente y su familia sobre los cuidados posteriores a la cirugía, incluida la higiene de la herida, los signos de complicaciones y cuándo buscar atención médica adicional.

7. Colaboración en el Equipo de Atención: La enfermera trabaja en colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos y cirujanos, para asegurarse de que el paciente reciba una atención integral y coordinada.

8. Documentación Precisa: La documentación precisa y detallada es esencial en la enfermería. La enfermera debe registrar de manera precisa la evaluación, el tratamiento administrado y la respuesta del paciente para asegurar una continuidad adecuada en la atención.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel de las enfermeras en el cuidado de pacientes que sufren de apendicitis es de vital importancia para asegurar una atención integral, segura y efectiva. A lo largo de todas las etapas del proceso, desde la evaluación inicial hasta los cuidados postoperatorios, las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la comodidad y recuperación exitosa de los pacientes.

La evaluación minuciosa de los síntomas, la comunicación empática con el paciente y la colaboración con el equipo médico son aspectos clave de la labor de las enfermeras. Además, su capacidad para monitorizar de cerca al paciente, administrar tratamientos y proporcionar educación adecuada para el alta son esenciales para garantizar una atención de calidad y prevenir complicaciones.

La apendicitis es una afección que puede requerir cirugía de emergencia, lo que hace que la labor de las enfermeras sea aún más crucial para preparar al paciente física y emocionalmente para el procedimiento quirúrgico. Posteriormente, su apoyo en la fase de recuperación postoperatoria ayuda a los pacientes a sobrellevar el dolor, prevenir infecciones y entender cómo cuidar de sí mismos en casa. En última instancia, la capacidad de las enfermeras para combinar habilidades técnicas con empatía y comunicación efectiva es lo que hace que su desempeño sea excepcional en el cuidado de pacientes con apendicitis. Su dedicación y compromiso con el bienestar de los pacientes contribuyen en gran medida a la calidad de la atención médica en general. En un proceso colaborativo entre médicos, cirujanos y enfermeras, el paciente puede recibir el nivel óptimo de atención que necesita para superar la apendicitis con éxito.

6 Bibliografía

1. Ruiz Escobar P, Ruiz Escobar J, Acevedo Adán M J, Ginard Alonso M A. Enfermedades del apéndice CIE – 10. Revista Ocronos [Internet]. 2021 [citado 05 ago 2023]; 4 (4). Disponible en: <https://revistamedica.com/enfermedades-apendice-cie-10/>.
2. Hernández Cortez J, De León Rendón J L, Martínez Luna M S, Guzmán Ortiz J D, Palomeque López A, Cruz López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cirujano general. 2019 [citado 5 ago 2023]; 41 (1): 33-38. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033.
3. Aguancha Segebre I, Araneda Muñoz G, Ceriani Bravo A, Arrieta Pérez G A, Vega Stieb J, Palma Carvajal F. Diagnóstico incidental de apendicitis aguda por colonoscopia, reporte de un caso. Revista ciencias biomédicas [Internet]. 2021 [citado 5 ago 2023]; 10 (4): 288-293. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/handle/11227/13922?locale-attribute=en>.
4. Garro Urbina V, Rojas Vázquez S, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2019 [citado 5 ago 2023]; 4 (12). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/316>.
5. NANDA internacional: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2021 – 2023. Elsevier España. S.A. Madrid, 2023.

Capítulo 143

EL TRABAJO DE LA ENFERMERÍA EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA

LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE

MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ

SARA POZO SANTIAGO

BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS

1 Introducción

La atención médica ha evolucionado significativamente en la forma en que aborda y maneja las condiciones médicas crónicas, como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). En este contexto, las enfermeras han emergido como figuras esenciales en la atención y el cuidado de pacientes con VIH.

El VIH es una condición médica que no solo requiere tratamientos médicos específicos, sino también un enfoque comprensivo que aborde aspectos emocionales, sociales y educativos. Las enfermeras desempeñan un papel vital en este enfoque integral, proporcionando educación, apoyo emocional, administración de medicamentos y seguimiento médico.

La complejidad del VIH, tanto en términos de su impacto en el sistema inmunológico como en su repercusión emocional, hace que la enfermería desempeñe un papel fundamental en el cuidado de estos pacientes. En esta guía, exploraremos en detalle el trabajo de la enfermería en pacientes con VIH. Desde la administración de medicamentos antirretrovirales hasta la educación sobre la prevención y el manejo de infecciones oportunistas, las enfermeras desempeñan una función multifacética que aborda diversas necesidades médicas y emocionales. Esta introducción nos invita a explorar cómo las enfermeras contribuyen al bienestar de los pacientes con VIH, brindándoles un apoyo constante y empático en su viaje de manejo de la enfermedad. A través de su experiencia y compromiso, las enfermeras no solo mejoran la calidad de vida de los pacientes, sino que también promueven la comprensión pública y la conciencia sobre el VIH y su tratamiento.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios:

Objetivo principal:

- Dar a conocer y evaluar los principales tratamientos que se realizan en el campo de la enfermería en pacientes que sufren de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Objetivos Secundarios:

- Mostrar las variables que se analizan en los estudios relacionados con la enfermería y su relación en pacientes que sufren de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

3 Metodología

- Fuentes documentales consultadas:

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre junio de 2023 y septiembre de 2023.

- Estrategia de búsqueda:

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“Virus de la Inmunodeficiencia Humana” OR vih OR hiv) AND (nursing OR nurse OR infirmary).

4 Resultados

El trabajo de enfermería en pacientes con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es esencial para brindar una atención integral, apoyo emocional y educación necesaria para que estos pacientes puedan manejar su condición de manera efectiva y mejorar su calidad de vida.

Los pacientes con VIH requieren un enfoque multidisciplinario en su atención, y las enfermeras desempeñan un papel crucial en diferentes aspectos de su cuidado. Aquí hay un vistazo a algunas de las responsabilidades y labores que las enfermeras llevan a cabo en la atención a pacientes con VIH:

- **Educación y Prevención:**

Las enfermeras desempeñan un papel importante en la educación de los pacientes sobre el VIH, su transmisión y las medidas de prevención. Proporcionan información precisa sobre cómo reducir el riesgo de transmisión, el uso adecuado de preservativos y el cumplimiento con la terapia antirretroviral (TAR), entre otros temas.

- **Asesoramiento y Apoyo Emocional:**

El diagnóstico de VIH puede ser emocionalmente abrumador para los pacientes. Las enfermeras brindan apoyo emocional, escuchan las preocupaciones del paciente y los ayudan a abordar los desafíos emocionales y psicológicos asociados con su diagnóstico.

- **Administración de Medicamentos:**

Las enfermeras juegan un papel importante en la administración de la terapia antirretroviral (TAR) y otros medicamentos necesarios para el manejo del VIH. Esto incluye asegurarse de que los pacientes tomen sus medicamentos de manera adecuada y en los momentos correctos.

- **Monitorización y Cuidados Médicos:**

Las enfermeras realizan seguimiento de la salud de los pacientes con VIH, monitoreando su carga viral, recuento de células CD4 y otros indicadores clave. Esto ayuda a evaluar la eficacia del tratamiento y detectar cualquier cambio en su estado de salud.

- **Prevención y Tratamiento de Infecciones Oportunistas:**

Las personas con VIH tienen un sistema inmunológico debilitado y son más susceptibles a infecciones oportunistas. Las enfermeras son responsables de la prevención, detección temprana y tratamiento de estas infecciones para evitar complicaciones.

- **Educación Nutricional y Estilo de Vida:**

Las enfermeras brindan orientación sobre una alimentación saludable y un estilo

de vida adecuado para fortalecer el sistema inmunológico y mantener la salud en general.

- Manejo del Dolor y Síntomas:

Si los pacientes experimentan síntomas o efectos secundarios relacionados con su condición o tratamiento, las enfermeras ayudan a aliviar el dolor y brindar medidas de confort.

- Consejería sobre Sexualidad y Reproducción:

Las enfermeras pueden ofrecer orientación sobre la vida sexual y reproductiva de los pacientes con VIH, incluida la prevención de la transmisión a parejas sexuales y la planificación familiar.

- Asesoramiento sobre Adherencia al Tratamiento:

La adherencia constante a la terapia antirretroviral es crucial. Las enfermeras trabajan con los pacientes para garantizar que sigan su régimen de medicación de manera adecuada y comprendan la importancia de hacerlo.

- Coordinación del Cuidado:

Las enfermeras a menudo colaboran con otros profesionales de la salud, como médicos, trabajadores sociales y consejeros, para proporcionar una atención integral y coordinada.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se confirma que el trabajo de enfermería en el cuidado de pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) trasciende la esfera de lo médico para abarcar aspectos emocionales, educativos y de apoyo esencial. Las enfermeras desempeñan un papel insustituible al brindar una atención integral y personalizada a aquellos que enfrentan el desafío del VIH. La educación y la prevención son pilares fundamentales del trabajo de enfermería en esta área. Proporcionar información precisa sobre el VIH, su transmisión y las medidas de prevención ayuda a empoderar a los pacientes para tomar decisiones informadas y reducir el riesgo de transmisión. Además, las enfermeras brindan apoyo emocional a lo largo del camino, ayudando a los pacientes a enfrentar los desafíos psicológicos y emocionales que acompañan a esta condición.

La administración de medicamentos antirretrovirales y la monitorización de la carga viral y el recuento de células CD4 son aspectos técnicos cruciales del cuidado de pacientes con VIH. Las enfermeras desempeñan un papel central en garantizar que los pacientes tomen sus medicamentos de manera adecuada y que sigan un régimen de atención efectivo.

La colaboración con otros profesionales de la salud, la educación sobre la adherencia al tratamiento y la coordinación del cuidado son esenciales para brindar una atención integral y multidisciplinaria. Las enfermeras se convierten en defensoras del bienestar de los pacientes, asegurando que reciban la atención que merecen y necesitan para mantener su salud y calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Lozano F. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos con infección por el virus de la Inmunodeficiencia humana. *Enferm Infec y Microb Clín*. 2015. 33(8): 543.e1-543.
2. Junta directiva de GeSIDA, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso de GeSIDA/plan nacional sobre el tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. [Internet]. España.
3. Grupo CTO. Manual CTO de enfermería. Vol. 2. 6a ed. Madrid: ed. CTO; 2013. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA. *Chil infectol*. 2010; 27(3): 239-276.
4. Flores MA. Conocimientos del personal de enfermería en relación con los cuidados de enfermería que se deben brindar a pacientes con diagnóstico VIH avanzado (sida), internados en el servicio de medicina de hombres del hospital nacional regional de Escuintla [Internet]. Guatemala; 2012.
5. García S, Bueno C, Torres J, Fernández N, Alés M, Rico MA, et Al. Enfermeros del Servicio Aragonés de Salud. Vol 1. España: MAD EDITORIAL; 2008.
6. Servín G, Orozco V, Nery AM, Rivero G, Meléndez A, García A, et al. Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH [Internet]. México DF: CENSIDA; 2009.
7. Dos Santos IK, de Azevedo KPM, Melo FCM, Maia UMC, de Medeiros HJ, Knackfuss MI. Ejercicios resistidos, parámetros hematológicos, virológicos y perfil antropométrico en personas que viven con VIH/SIDA. *Andal Med Dep* [Internet]. 2016; 9(3):110–113. 25. Faura T, de Fuenmayor D, López C, Pumarola T, Tortajada C, Miró JM, et al. VIH-SIDA Una guía para los cuidados de enfermería. 1a ed. España: ediciones ROL S.A.; 2001.
8. Peter S, Liliana DL. Los cuidados paliativos y el VIH/sida en Latinoamérica. Propuesta para un enfoque integral en la atención de la salud. [Internet]. Latinoamérica; 2008. 16(59).

Capítulo 144

EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL

ANGELA CLAUDIA NICOLAIESCU

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Salud Mental como "un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad".

La salud mental es una enfermedad muy común en esta sociedad donde hemos estado bajo una pandemia del COVID-19, donde la gente vivía aislada, donde no te podía atender un médico nada más por el teléfono y el miedo ante una enfermedad desconocida.

El técnico en cuidados de enfermería es el profesional encargado, porque es el que trabaja en un entorno muy estrecho con los pacientes, reconocer el perfil de cada paciente y sus necesidades específicas, los horarios de las tareas y las manías de cada uno.

En la enfermedad de salud mental hay trastorno de personalidad, trastorno por estrés postraumático, problemas relacionados con esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar y muchas enfermedades de depresión.

Las causas de la enfermedad de la salud mental puede ser una lesión cerebral traumática, la exposición de la madre cuando estaba embarazada a productos

químicos o un virus, consumo de alcohol y drogas, sus gentes o su experiencia de vida como el estrés.

Si la enfermedad mental es muy grave y el enfermo puede hacer daño a alguna persona o a sí mismo es probable que se le ingrese en un hospital psiquiátrico.

2 Objetivos

El objetivo es promocionar la salud mental y las necesidades de los pacientes que sufren una de las enfermedades 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 d datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La función del técnico en cuidados de enfermería bajo la supervisor médica incluye el bienestar emocional, psicológico y social del paciente.

La salud mental está afectada por sentimientos, pensamientos, inseguridad, violencia, valores culturales, experiencias personales familiares y laborales .

El tratamiento para los pacientes de salud mental se basa en un equipo multidisciplinario (médico, auxiliar, psicólogo, psiquiatra) que trabajan para mejorar la vida de ellos.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el profesional que está apoyando al paciente ,es el que mantiene la intimidad y confidencialidad del paciente.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el que ayuda en las tareas del paciente como el aseo, lavar manos, dientes, dar la comida a pacientes dependientes, ducha, cambios de pañal o de ropa, recepción de visitas y llamadas, acompañar a consultas médicas, hacer compras, ocio, etc. Es el que se encarga de dar la medicación bajo órdenes del médico o enfermero. Es el que se encarga del acompañamiento y vigilancia .

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que conocer el perfil de cada paciente, empatizar con él y tranquilizarlo, tiene que conocer las funciones específicas, los horarios de las tareas y sus necesidades específicas.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un apoyo para los pacientes de salud mental para llevar una vida digna, poder hacer viajes, es un apoyo psicológico positivo en el tratamiento de la enfermedad para llevar mejor el día a día.

Una evaluación de salud mental se puede llamar una prueba psicológica.

Las enfermedades mentales más conocidas son:

Trastorno del estado de ánimo;

Trastorno de ansiedad;

Trastorno de alimentación;

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad;

Trastorno de estrés postraumático;

Trastorno de personalidad;

Trastorno por consumo de sustancias;

Trastornos psicóticos.

Estos trastornos están afectando a niños, adolescentes y personas mayores y por eso la prueba psicológica es diferente para cada etapa de sus vidas.

Los pacientes de salud mental pueden mejorar con una evaluación, diagnóstico y tratamiento. Hasta pueden recuperarse por completo.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades de salud mental pueden ser ocasionales o crónicas.

Para cuidar la salud mental hay que cuidarse a uno mismo.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene la función de mejorar la calidad de vida del paciente. Es el profesional que está más cerca en la enfermedad dando el apoyo emocional vigilando y escuchando bajo la dirección del médico. Cuando una persona se siente triste, sin ánimos y en oscuridad apelar a ayuda de un psicólogo y recibir una terapia es recomendable para poder salir adelante y seguir con su vida.

La enfermedad de salud mental ya no es una discriminación, ni un estigma para el paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 145

LAS DIETAS HOSPITALARIAS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA LÓPEZ CABAÑERO

MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ

NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE

TERESA ALFARO GONZÁLEZ

M JOSE BONILLA DELGADO

1 Introducción

En los últimos años, hemos escuchado hablar con asiduidad de la dieta equilibrada para lograr que nuestro organismo funcione correctamente aportando los nutrientes necesarios tanto los macronutrientes como los micronutrientes.

Una dieta debe aportar a nuestro organismo el 50% de hidratos de carbono, 30% de grasas y el 20% de proteínas de tal manera que ello permite el funcionamiento adecuado de nuestro organismo.

Cuando una persona es ingresada en un centro hospitalario toda su vida cambia y pasa a ser paciente por lo que cambia también su forma de alimentarse siendo ahora supervisada y pautada por un grupo de profesionales entre los que se encuentra en técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

El concepto de dietoterapia es una de las ramas de la ciencia de la medicina en la que se analiza y se pautan los alimentos con el objetivo de ayudar a la recuperación de los pacientes en función de la patología que se padece. En otros casos trata de evitar el empeoramiento de la patología o trata de reeducar al paciente.

La dieta la pauta el médico en función del estado y la patología del paciente pero es función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería solicitarla al servicio de dietética y a posteriori valorar las capacidades del paciente para ingerirla.

Las personas que a lo largo de su vida llevan una dieta equilibrada suelen tener menos problemas con el avance de la edad para tener que llevar una dieta terapéutica.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es:

- Describir las dietas ofrecidas a los pacientes ingresados en un centro hospitalario en base a su patología como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

A raíz de este objetivo se pueden desglosar los siguientes objetivos secundarios:

- Exponer la necesidad de una dieta equilibrada para evitar problemas posteriores.
- Mostrar nociones generales sobre dieta y alimentación.

3 Metodología

Para la elaboración y desarrollo del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en cualquier tipo de soporte ya sea papel o digital.

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

Palabras clave: dietas, alimentación, nutrientes, técnico en cuidados auxiliares de enfermería entre otras.

4 Resultados

Cuando un paciente ingresa en un centro hospitalario después de la entrevista inicial se le suele pautar una dieta a no ser que los facultativos recomienden una

dieta absoluta por la causa que sea. Lo normal es que el paciente ingiera una dieta conocida como basal que aporta a un adulto entre 2000 y 2500 kcal diarias por paciente.

Se ha observado que muchos de los pacientes que ingresan en los centros hospitalarios desarrollan una desnutrición en base provocada por una falta de movilidad, una ingesta inadecuada de los alimentos o por estado patológico en el que se encuentran.

Las dietas a las que puede acceder un paciente se debe al estado patológico por el que está atravesando por ejemplo ante un debut diabético existe un estrecho seguimiento por parte del servicio de dietética al igual que en el caso de enfermedades digestivas como la enfermedad del Crohn.

Las dietas terapéuticas se realizan en función de su textura, consistencia, contenido calórico, tipo y cantidad de modificaciones. La dieta se suele calcular de acuerdo a la edad del paciente, la patología y su peso.

Las dietas por su consistencia son:

- Dieta líquida: Por intervenciones quirúrgicas o pacientes que reinician la alimentación oral después de un tiempo.
- Dieta túrmix: usada para casos de eduntulismo o dificultades de deglución.
- Dieta blanda: Para los casos anteriores, los problemas faciales o método de transición a dieta basal.
- Dieta blanda baja en residuos: Para procesos diarreicos.

Las dietas modificadas calóricamente:

- Hipoproteica: Casos de obesidad o problemas renales.
- Normoproteica: Es la conocida dieta basal.
- Hiperproteica: Casos que necesitan aumentar las calorías como los casos de desnutrición o de hipertiroidismo.

Están suelen ser las dietas más normales que ofrece un centro hospitalario pero debemos destacar otro tipo de dietas como son:

- La dieta hiposódica y baja en grasas para pacientes con problemas cardiaco.
- Las dietas que eliminan ciertos alimentos por alergias o intolerancias como las dietas sin lactosa.
- Las dietas pediátricas: Los menores precisan de una dieta mucho más atrayente que sea equilibrada porque cuando están enfermos el apetito es lo primero que les afecta.

Estas dietas y otras más específicas se utilizan para recuperar el confort del paciente y su recuperación.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, en los últimos estudios y avances de la medicina se ha evidenciado aún más la importancia de una dieta acorde con el estado y la patología del paciente como vehículo de recuperación y bienestar del mismo de tal forma que se ofrece una atención integral.

Todos los profesionales y en concreto los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería somos responsables de ofrecer la dieta y en caso de falta de independencia de dársela valorando todo el proceso desde que inicia a masticar, la deglución e incluso el sabor porque en muchas ocasiones rechazan comer por el sabor de las comidas. Es nuestra función motivarles para que coman como parte de su proceso patológico.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/papel-tcae-alimentacion-nutricion/>
2. 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.
3. <https://revistamedica.com/conocimiento-tcae-principales-dietas-hospitalarias/>

Capítulo 146

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CRÍTICOS RESPIRATORIOS

MARÍA LÓPEZ CABAÑERO

MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ

NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE

TERESA ALFARO GONZÁLEZ

M JOSE BONILLA DELGADO

1 Introducción

La insuficiencia respiratoria es la incapacidad del organismo para poder realizar el intercambio gaseoso en el aparato respiratorio impidiendo que el cuerpo funcione con normalidad, ya que no se produce el proceso de oxigenación celular ni sanguíneo que se precisa.

Las enfermedades del aparato respiratorio son muy frecuentes y a consecuencia de la pandemia del COVID- 19 se han intensificado las personas que padecen enfermedades crónicas respiratorias ya que es por todos conocido que los pulmones han sido el medio de ataque de este virus.

Ante la insuficiencia aguda que ha causado el COVID – 19 las unidades de cuidados intensivos se han visto desbordadas por pacientes que precisan unos cuidados muy precisos a nivel respiratorio para devolver a los pulmones su mejor estado y con el menor número de secuelas.

Como norma general, después del proceso de pronación y de ventilación mecánica invasiva, los pacientes que logran hacer frente a la patología pandémica se ven sometidos al sistema de oxigenación de alto flujo como una alternativa al método tradicional. Se trata de infundir un flujo de 60% de oxígeno con una humedad de entre 37% y 100% a través de unas cánulas nasales colocadas en las fosas nasales para tratar de recuperar la función pulmonar y respiratoria.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este trabajo se trata de describir el nacimiento de las unidades de críticos respiratorios.

Como objetivo secundario exponer las funciones de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en estas unidades.

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.

4 Resultados

Ante la realidad que ha provocado la pandemia del virus coronavirus, los hospitales del sistema nacional de salud han creado unas unidades especiales para hacer frente a este tipo de pacientes respiratorios tan específicos.

Dentro de estas unidades podemos contar con la presencia del técnico en cuidados auxiliares de enfermería como parte del equipo multidisciplinar que ofrece al paciente confort y bienestar para su recuperación.

Las funciones que desarrolla este profesional sanitario son:

- Colaborar en lo que se nos necesite de acuerdo con nuestra categoría.
- Controlar las constantes vitales y en concreto las nuestras propias que son la temperatura y la diuresis.
- Favorecer la movilización del paciente en posición fowler que favorece la capacidad para respirar.
- Cubrir las necesidades de higiene y aseo junto a la hidratación de la piel para favorecer la eliminación de microorganismos y el bienestar.
- Reponer los almacenes de la unidad.
- Controlar el uso de los equipos de protección individual.
- Solicitar las dietas para los pacientes que comen por vía oral en base a la evolución de la patología.
- Limpiar el entorno del paciente según protocolo covid.
- Comprobar los sistemas de oxigenación y aspiración en cada turno porque son primordiales ante una urgencia en los pacientes respiratorios.
- Revisar junto a la enfermera en el turno de la tarde el carro de paradas y de urgencias de la unidad.
- Reponer el material que se precisa.
- Pedir ropa de cama a lencería en caso de necesidad.
- Conocer el material necesario para el montaje de los sistemas de alto flujo de la unidad ofreciendo a la enfermera todo lo que precisa cuando se montan.
- Cubrir todas aquellas necesidades que el paciente precisa y no pueda realizar de forma autónoma.
- Atender las demandas delegadas del resto de los profesionales sanitarios como la enfermera.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, las unidades de críticos respiratorios son de nueva creación por ello están aún en proceso de cambio y de estructuración. Por lo tanto, las funciones que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería realizamos están aún por terminar de definirse.

Por último, debemos tener en cuenta que la sensación de ahogo de estos pacientes aumenta su ansiedad por ello debemos ser capaces de detectar este tipo de sentimientos para favorecer un ambiente tranquilo y sin estresores externos que ayude al paciente.

Al tratarse de unidades respiratorias y la importancia de este aparato para el funcionamiento de nuestro organismo, como técnicos y profesionales de estas

unidades debemos tener la capacidad de reaccionar ante las urgencias que puedan surgir.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/caso-clinico-sars-cov-2-necesidad-intubacion/>
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-con-insuficienciarespiratoria-aguda-articulo-monografico/>
3. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa “Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario” Sexta edición. Mc Graw Hill.

Capítulo 147

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CRÍTICOS CORONARIOS

MARÍA LÓPEZ CABAÑERO

MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ

NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE

TERESA ALFARO GONZÁLEZ

M JOSE BONILLA DELGADO

1 Introducción

El número de pacientes con problemas cardíacos aumenta su incidencia con mayor gravedad y ello requiere que los centros hospitalarios se tengan que preparar con mayor número de recursos humanos como es el caso de la enfermería por lo que se requiere de la misma manera un mayor número de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Durante los últimos años, se ha avanzado en el tema del diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con cardiopatías sobre todo en los pacientes en estado crítico que entran por la puerta de urgencias. Dentro de cada centro hospitalario existe una serie de protocolos y recursos asistenciales que las unidades

de cuidados intensivos coronarias han generado para la atención a este tipo de pacientes.

Los servicios de cuidados intensivos coronarios o cardiológicas llevan consigo una estructura y equipos complejos a nivel material al igual que un equipo de recursos humanos que implica capacitar al personal para la atención integral y de calidad.

Desde los años 70 del siglo pasado, se vienen desarrollando y estructurando las unidades de cuidados intensivos coronarias habilitadas para pacientes con infartos agudos de miocardio que han logrado una intervención precoz con estos pacientes logrando una mejoría y recuperación ante los cuidados especiales que se han ido protocolizando para reducir la mortalidad.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es describir las funciones de las unidades de críticos coronarios.

Como objetivo secundario exponer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en estas unidades.

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 claves: coronarios, cardiacos, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, unidades de críticos entre otras.

4 Resultados

En las unidades de cuidados intensivos, se dan una serie de reglas en las que se éstas se deben estructurar de una forma concreta contando con una subdivisión para los pacientes coronarios que presentan patologías cardiacas agudas en las que pelagra su vida.

Estas unidades cuentan con personal sanitario y no sanitario cualificado para atender a los pacientes coronarios críticos entre el personal sanitario se encuentra el técnico en cuidados auxiliares de enfermería con formación en esta especialidad.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería requieren unos conocimientos y formación para desarrollar sus funciones en este servicio pese a que se trata de formación continuada y no reglada porque no existe una especialidad propia para ello dentro de esta categoría profesional.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene una serie de funciones dentro de las unidades de cuidados intensivos coronarias que son:

Informar al paciente del proceso que se sigue en las unidades cuando ingresan.

Higiene y aseo del paciente.

Movilizar para evitar las úlceras por presión.

Rasurar al paciente en caso de que tenga que tener que someterse a un cateterismo tanto radial como femoral.

Realizar un electrocardiograma por turno.

Preparar el box del paciente controlando de forma concreta los sistemas de oxigenación y de espiración.

Colocar el carro de paradas cerca del paciente por si se tuviese que usar mientras se estabiliza al paciente.

Solicitar una dieta coronaria en caso de no tener pautado dieta absoluta.

Facilitar la botella o la cuña y ayudarle a colocarla para evitar que haga esfuerzos.

Evitar que haga movimientos bruscos y esfuerzos.

Informar a la familia del horario de visitas y posibles necesidades del paciente.

Entregar a los familiares los enseres personales del mismo.

Apoyar al facultativo y a la enfermera en las funciones propias de estos cuando precisan de nuestra presencia.

Las enfermedades cardiovasculares que requieren un ingreso en las unidades de cuidados intensivos coronarias son aquellas que provocan de forma urgente un desequilibrio en la oxigenación y el bombeo de la sangre al resto del organismo. Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos observar a los pacientes por si sufriesen una crisis poder informar a los facultativos para realizar una intervención.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, las unidades de críticos coronarios son de gran utilidad para una mejora del paciente porque se ha logrado optimizar los recursos de los pacientes. Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería de estas unidades debemos controlar el uso de determinadas medicaciones que son de uso regular para que en caso de urgencia podamos asistir a la enfermera de forma urgente.

Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tenemos que estar familiarizados con el aparataje y el equipamiento que tienen estas unidades especiales. Este instrumental es numeroso y variado por lo que debe formarse en estas unidades y servicios. Por ello, aunque no exista formación reglada debemos buscar medios para adquirir los conocimientos que se requieren.

6 Bibliografía

1. <https://www.revespcardiol.org/es-unidades-coronarias-cuidados-intermedios-base-articulo13101644>
2. 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.
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tcae-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>

Capítulo 148

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ

SILVIA JOVER SABARIEGOS

JENNIFER PEREZ HERRERA

ELENA GÓMEZ PALOMO

ROCIO ROJO MERCHAN

1 Introducción

Se define "Cuidados Paliativos" a unos cuidados especiales que están creados para ofrecer bienestar y confort a nuestros pacientes y sus familiares en la fase final de una enfermedad terminal.

Este tipo de cuidados consigue que nuestros pacientes pasen sus últimos días durante su enfermedad sin dolor, conscientes, para terminar sus días con dignidad rodeados de su gente para conseguir que se sientan arropados y felices a pesar de la situación por las que están pasando.

Se le llama enfermedad terminal a la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva y sin cura, donde podría haber falta de respuesta al tratamiento y conlleva a un aumento de los síntomas.

Como TCAE tenemos un gran papel en estos tipos de cuidados, ya que además de ofrecerle todas las comodidades al paciente y a la familia, les vamos a servir de apoyo emocional, ya que esta noticia tiene un gran impacto emocional para todos y necesitan mucho apoyo ambos, ya que la familia también tiene un papel muy importante respecto al paciente, ya que serán quienes pasen los últimos días en esta dura etapa.

Existen diferentes etapas del duelo por las que los pacientes e incluso las familias pasarán:

- Negación
- Ira
- Negociación
- Depresión
- Aceptación

2 Objetivos

Exponer las funciones del TCAE ante los cuidados paliativos.

3 Metodología

Información sacada para realizar esta investigación sanitaria de diferentes fuentes de internet, apuntes, libros de teoría y no sin dejar atrás la propia experiencia laboral trabajando en una residencia de mayores donde hay una zona especializada en cuidados paliativos, gracias a esta investigación he adquirido más conocimientos para desempeñar día a día en mi trabajo y darle un gran cuidado a mis pacientes.

4 Resultados

Como bien he mencionado anteriormente los cuidados paliativos tienen un gran impacto emocional en la vida del paciente y los familiares, tenemos que garantizarles la atención integral al paciente y a su familia, ya que nos convertiremos en un gran apoyo para ellos, a la hora de explicarles por las etapas del duelo por las que pasarán, las cuales explicaré de manera más detallada a continuación;

1.Negación: Aquí es cuando el paciente no acepta la situación por la que va a pasar y no acepta la situación.

2.Ira: Esta da la cara cuando ya se sabe que la enfermedad existe y es imposible hacer nada y tienen sentimiento de rabia, tristeza etc.

3.Negociación: Aparece como mecanismo de defensa, y podrían crearse falsas esperanzas a la hora de que el final de vida pueda extenderse.

4.Depresión: Cuando se acepta y se ve que la etapa final se va agotando y se ve la muerte desde más cerca, podría darse la depresión, no quieren visitas, tienen miedo, inseguridad, desconsuelo etc.

5.Aceptación: Aquí es donde se acepta una nueva oportunidad de vida, se le pasan los miedos anteriores en la depresión, y terminando comprendiendo la situación. Nosotros como TCAE y personal que vamos a estar constantemente con ellos, debemos explicarles tanto a los pacientes como a sus familias estas etapas por las que irán pasando, las cuales no son nada agradables pero entre todos debemos llegar a la etapa de aceptación y hacer que el tiempo que dure esta etapa sea lo más amena y confortable posible, debemos hacerles ver que es una etapa más de la vida, que debemos aceptar e intentar estar positivos el tiempo que dure por el bien del paciente y la familia, siempre ofreciéndoles apoyo psicológico si precisan y todo nuestro apoyo emocional.

Durante este duelo, tanto el paciente como los familiares podrían experimentar unos síntomas del duelo como lo son los sentimientos, pueden sentir desconsuelo, soledad, rabia, tristeza, sensaciones físicas como por ejemplo tensión en el pecho, ansiedad, sensación de ahogo, pueden experimentar pensamientos todo el tiempo como por ejemplo desconfianza, confusión, nerviosismo etc.

Una vez que el paciente ha fallecido nosotros como TCAE podemos seguir ofreciéndoles a los familiares nuestro apoyo, y visitas al psicólogo, ya que durante el duelo solo están pendientes de su familiar y una vez que falta es cuando ellos pueden entrar en shock y es ahí donde precisen ayuda de verdad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión debemos ofrecer confort y comodidad a nuestros pacientes en esta final y dura etapa, conseguir que el paciente no sienta ningún tipo de dolor, y que sus últimos días los pase con dignidad, desde que el paciente es ingresado en cuidados paliativos hasta que llega el final de su vida, seremos los encargados juntos al resto del personal sanitario en explicarle a nuestros pacientes y sus familias por las diferentes etapas por las que irán pasando, debemos hacerles ver la muerte como una etapa más de la vida y así con ello conseguiremos que lo lleven de la mejor manera posible dentro de la dura fase por la que están pasando, los familiares son otro gran apoyo para los pacientes, ya que son los que más

tiempo van a pasar con ellos, por eso debemos transmitirles que a pesar de las circunstancias deben ser positivos y estar alegres para llevarse un buen recuerdo de su familiar.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/atencion-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-proceso-del-duelo/#::text=Como%20profesionales%20sanitarios%2C%20el%20TCAE%20no%20puede%20olvidar,por%20ello%20es%20necesario%20realizar%20una%20atenci%C3%B3n%20integral.>
- <https://revistamedica.com/funciones-tcae-cuidados-paliativos/>

Capítulo 149

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS

ISIDORA ROMÁN CASADO

CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO

ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ

ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ

ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ

1 Introducción

Después de estos últimos años vividos y con los acontecimientos acaecidos a causa de la pandemia mundial, tenemos que darnos cuenta de que los sanitarios han sido uno de los pilares fundamentales en estos últimos años, tanto personal médico, enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), celadores aunque estos últimos no se engloben en el personal sanitario sino en el de gestión y servicios, algo que debería cambiar ya que su papel ha sido fundamental en esos momentos.

Los TCAE, han estado en primera línea en todos los servicios hospitalarios, pero sobre todo en el servicio de urgencias, siendo esta la puerta de entrada de todos los pacientes que necesitaban atención médica por la situación vivida. Pero no solo su trabajo ha sido importante en esos momentos, si no que siguen estando

en primera línea, y son los que tienen un contacto más estrecho con los pacientes que llegan a las Urgencias hospitalarias.

El continuo avance de la medicina hace que el personal sanitario, las Tcae entre ellos, tenga que estar mas preparado a lo largo de su carrera, en todos los servicios, pero todavía mas en urgencias ya que es la entrada de muchas y diferentes patologías unas veces conocidas y otras no tanto

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es dar a conocer la importancia del TCAE en Urgencias, donde estos profesionales sanitarios están las veinticuatro horas del día al servicio del paciente, que llega a este servicio, desde que llega a urgencias del hospital, hasta que pasa por el triaje y se le deriva al servicio específico que sea necesario el TCAE, está para lo que necesite 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 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 servicio de urgencias puede que necesiten atención médica inmediata varias personas a la vez con diferentes patologías y necesitan hacer un triaje exhaustivo y una atención personalizada dependiendo de lo que les ocurra. Ahí es donde entra el papel del TCAE, que es el personal sanitario que más cerca esta del paciente, en la toma de constantes y primeras impresiones que pueda obtener con la observación del paciente y en el trato con este evaluando la gravedad o urgencia del caso. Los pacientes serán atendidos por estricto orden de llegada a las urgencias hospitalarias. El TCAE tiene diferentes funciones ya que en el servicio de urgencias se dan todo tipo de patologías, en diferentes grupos de personas por edad, raza, religión, sexo y se ponen en práctica todos los conocimientos que se adquieren tanto en el ciclo formativo, como los conseguidos en años de experiencia, es un servicio bastante complejo y específico.

En Urgencias siempre hay que estar preparado para la actuación de todo el personal sanitario y no sanitario, ya que como sabemos puede ingresar en un momento dado muchos pacientes, lo mismo de accidentes múltiples, que de personas mayores, niños con alguna patología , y todos con urgencia unas mas graves y otras que pueden esperar, para eso esta el sistema de triaje, que debe funcionar perfectamente para que nada quede al azar. Urgencias es de los servicios hospitalarios mas complejo existe dentro de un hospital por la gran cantidad de especialidades que se requieren y el volumen de trabajo que representa , por ese motivo las TCAE deben estar en constante formación y aprendizaje ya que por ahí entra todo o casi todo lo que después se deriva a las plantas hospitalarias.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, nos damos cuenta del valor que tienen todos el personal sanitario que interviene en este servicio y lo importantes que son desde el personal de limpieza, el personal sanitario, ya que este servicio es complicado y es fundamental que todos los que allí estén involucrados aúnen fuerzas para la máxima agilidad en el servicio y el mejor resultado para el paciente evitando en cualquier caso cometer ningún fallo en los triajes para así no tener que lidiar con reclamaciones innecesarias. Este servicio está infravalorado y es donde más problemas hay con los pacientes y familiares de estos, ya que a todos les parece que lo que les ocurre es lo más grave y empiezan a desesperarse.

6 Bibliografía

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

Capítulo 150

ATENCIÓN PRIMARIA. EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ISIDORA ROMÁN CASADO

CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO

ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ

ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ

ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ

1 Introducción

La atención primaria es el primer paso al que el paciente se dirige cuando no se encuentra en un estado óptimo de salud, desde allí se le derivará al servicio que el personal sanitario, en este caso el médico, estime oportuno. En un centro de salud encontramos a un equipo multidisciplinar en el que nos encontraremos médicos de atención primaria, enfermeros, fisioterapeutas, pediatras, matronas y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), que en este caso serán los primeros en atender al paciente en las posibles dudas que le surjan tanto de ubicación como de a quién y dónde debe dirigirse, muchas veces el paciente no conoce el lugar al que va y tampoco sabe a quién dirigirse en casos de urgencia. Explicaremos en la medida de lo posible sin extralimitarnos en nuestras funciones donde dirigirse y el funcionamiento del centro. Los centros de salud sabemos que son la puerta al

sistema sanitario este debe tener una organización impecable y personal sanitario suficiente, empático que se pongan en el lugar de los que allí acuden. Para que las personas que van se sientan en todo momento que se les trata con humanidad, y se les resuelven los problemas de salud que allí se plantean, esto es lo que una persona necesita en un centro de salud

2 Objetivos

El objetivo de esta investigación es dar a conocer la importancia que tenemos los TCAE en este servicio de atención primaria ya que, como hemos dicho anteriormente, somos los primeros y más cercanos al paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como resultado de esta investigación nos damos cuenta de que el TCAE, es un pilar fundamental de los centros de salud, se encarga de que todo esté en perfecto estado y de reponer en todas las consultas para que cuando lleguen médicos y enfermos lo tengan todo al día. Es una parte importantísima del equipo multidisciplinar del centro. En la Atención primaria se abordan problemas de salud desde lo más mínimo a problemas más graves que se derivaran al Centro hospitalario más próximo que corresponda a esa zona de salud. Aquí es importante valorar tanto la salud física como mental del paciente y hasta a veces los problemas sociales que se presentan. Ahora también se añade algunas veces el problema del idioma, ya que hay muchos extranjeros que necesitan que se les de solución a sus problemas de salud, seria necesario tener tanto carteles en otros idiomas, como también que estos fuesen acompañados por personas que dominen el castellano para así poder darles la mejor atención sanitaria posible y una rápida solución a los problemas de salud que se padecen tanto en la población adulta como la infantil. Aquí el TCAE juega un papel importante, ya que como hemos dicho en la

inmensa mayoría de veces son los primeros en atender al paciente para derivarle al medico que les corresponda o facilitarles los tramites que necesiten realizar en el centro de salud, una tarea nada fácil por las barreras lingüísticas que en la mayoría de casos existen y algunas veces por los prejuicios que tanto nosotros como ellos tienen a la hora de que se les atienda, ya que hay que saber como manejar las diferencias culturales y sociales que en la atención primaria existen.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusiones vemos que en todos los centros de salud debería de existir la figura del TCAE ya que, como hemos dicho, son los más cercanos al paciente y los que mejor lo conocen. Estarán ahí para proporcionar las citas médicas, en materia de prevención y educación para la salud, para colaborar con los fisioterapeutas, enfermeros, médicos y celadores. En los centros de salud se ponen unos servicios básicos para el paciente, es accesible y cercano y para eso estará allí siempre la figura del TCAE. Con esta investigación que aquí se realiza de lo que se trata es de que nos demos cuenta de que todo el mundo cuenta en la sanidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 151

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA FARMACIA HOSPITALARIA

ISIDORA ROMÁN CASADO

ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ

ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ

ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ

CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO

1 Introducción

En el servicio de farmacia hospitalaria nos encontraremos diferentes profesionales de la salud, entre los que se encontrarán los técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). Aquí se prepararán fórmulas magistrales, se dispensarán los medicamentos que necesita el paciente y productos sanitarios que se les administrarán a los pacientes ingresados en atención hospitalaria. Este servicio es complejo debido a la gran variedad de fármacos que existen, tanto con nombres comerciales como con los principios activos de cada medicación por eso los TCAE, deben estar en constante aprendizaje en este servicio siempre a la vanguardia en las ultimas novedades en productos farmacológicos, teniendo en cuenta que este es el primer paso para la recuperación de las personas ingresadas en centros hospitalarios a los que se les pauta una serie de medicación para su rápida mejoría.

Teniendo en cuenta que los medicamentos vienen de diferentes laboratorios con marcas registradas diferentes siempre nos basaremos en la elección de una medicación por su principio activo, siempre con sumo cuidados cuando se preparen los carros de medicación para los pacientes, ya que un error en la preparación como en la administración de estos tendrían resultados bastante graves en la salud del paciente, por lo que siempre hay que trabajar poniendo los cinco sentidos.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en la farmacia 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

Como resultado observamos que el Auxiliar de enfermería contribuye en la preparación y transporte de los preparados farmacéuticos, siempre con la supervisión del personal que corresponda, ordenara los preparados los transportara. Controlará el stock de la medicación y las caducidades de estas siempre estando pendiente de estas fechas de caducidad. Como también sabemos no siempre se administran medicamentos preparados si no que hay pacientes que necesitan tratamientos personalizados a los que deben realizarse fórmulas magistrales para la mejoría de sus síntomas.

Llegamos a la conclusión de que el TCAE tiene un papel fundamental en este servicio, ya que es el que se encargara de preparar la medicación, productos no medicamentosos pero que también son de suma importancia para los pacientes ingresados, siempre bajo supervisión del farmacéutico. Deberá mantener total discreción y respeto por los pacientes y guardar el secreto profesional. Seleccionará y etiquetará las formulas creadas en el laboratorio. Mantendrá todo en perfecto estado de conservación, limpieza y funcionamiento. Anotara todas las salidas y entradas de medicación de forma telemática para mantener un mejor

control de caducidades y de stock. Desde que se hace un ingreso hospitalario comienza este servicio a trabajar. Lo primero que hay que tener en cuenta es que el paciente al que se le administrar la medicación es el correcto, así como que la medicación también lo sea, identificando correctamente al paciente y la medicación y si se tiene que revisar mas de una vez para estar seguros es lo que se hará. El auxiliar debe tener un manejo bastante fluido de los diferentes programas informáticos que se utilicen en cada hospital, así como tener conocimientos básicos en ofimática a nivel de usuario para que el control de stock sea más sencillo.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos diciendo que este servicio es especialmente sensible a cualquier error que se pudiese cometer por parte de los Técnicos o Farmacéuticos adscrito a este y que es mejor que se tarde un poco más a que hagamos nuestro trabajo de forma poco eficiente, teniendo en cuenta que un error seria algo bastante grave. Todo quedará registrado e informatizado para posibles futuras consultas por parte de los médicos que son en definitiva los que tienen en sus manos pautar una medicación u otra según las diferentes patologías que tenga el enfermo a tratar., pudiendo en muchos casos el paciente padecer más de una enfermedad y tener que tratarlas todas de la mejor manera posible.

6 Bibliografía

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

Capítulo 152

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PARA UNA EXPOSICIÓN SOLAR SALUDABLE

LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ

MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO

MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ

ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

1 Introducción

El sol es imprescindible para la vida y para el ser humano. Entre los beneficios para el ser humano se encuentra que es fundamental para la síntesis de vitamina D, que favorece la circulación sanguínea o que es beneficioso para los biorritmos. Sin embargo, hay que tener en cuenta los peligros para la salud que tiene el exceso de la exposición al sol. Es por ello que resulta imprescindible la educación sanitaria y una explicación clara de las distintas pautas y recomendaciones para evitar las consecuencias nocivas para la salud que puede tener el abuso imprudente de esta exposición.

Una de las formas de radiación que se reciben del sol son los rayos ultravioleta (UV). Los rayos ultravioletas se clasifican en: UVA, UVB y UVC, siendo los dos primeros tipos los que más influyen en la salud humana. Así, en los rayos UVA se pueden observar mayores efectos penetrantes en la piel y suponen la causa principal del envejecimiento de la piel y del cáncer de piel. Por otra parte, los rayos UVB en su contacto con la piel estimulan las células productoras de la melanina, siendo esta sustancia la que proporciona el aspecto bronceado a la piel.

Los distintos factores medioambientales que determinan la influencia de las radiaciones solares sobre la piel son: la altitud geográfica, cuanto más altura, se produce mayor incidencia; la latitud en la que se encuentre la persona, cuanto más cercana al ecuador, más intensidad de la radiación; la estación del año, por el grado de oblicuidad con la que inciden los rayos; el momento del día, más intensidad incidencia en las horas centrales; el clima, las nubes pueden filtrar parte de las radiaciones; o la superficie, por ejemplo, la nieve llega a reflejar alrededor de un 80% de la radiación solar y la arena de las playas que puede reflejar en torno a un 15%.

Una exposición a los rayos UV solares prolongada o sin la toma de medidas adecuadas puede provocar quemaduras al penetrar estos en las capas de la piel, dañando o matando las células de esta y causando arrugas y manchas, también pueden causar problemas oculares. Cuando la exposición es frecuente, imprudente y se produce a lo largo de muchos años puede resultar en cáncer de piel.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) debe conocer los peligros de la radiación solar y educar a los pacientes y a la población en general los cuidados básicos para la prevención, la detección temprana y el tratamiento de los efectos nocivos de los rayos solares en la salud humana.

2 Objetivos

- Concienciar sobre los peligros de la exposición solar y su impacto en la salud humana.
- Describir acciones educativas, en forma de pautas y recomendaciones, que pueden llevar a cabo los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería para una exposición solar saludable.

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 en este tema. Se ha realizado una búsqueda sistemática y profunda de bibliografía y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado consultas en buscadores de internet como “Google” o “Google Académico” utilizando palabras clave como: “sobrexposición solar”, “efectos de los rayos UV del sol” o “TCAE y prevención ante la exposición solar”.

4 Resultados

El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería puede proporcionar un conjunto de pautas a los pacientes como parte de su actividad como agente de educación para la salud, que se pueden sintetizar en las siguientes:

En general, hay que evitar exponerse a los rayos UV en los momentos en que es más brillante el sol e incide con más fuerza. Este horario suele fijarse entre las diez de la mañana y las cuatro de la tarde.

Es importante cubrir y proteger la piel con ropa en el momento que se sienta que puede estar sobrecalentándose, para, con ello, evitar que se produzcan quemaduras.

Es necesario el uso de gafas de sol con el sello “CE”, que indica que cumple, con la Normativa de la Unión Europea, y la utilización de los filtros correctos: como el filtro 3, proporcionan entre un 82% a 92% de sombra, o el filtro 4, proporcionan una sombra del 92% al 98%, para deportes acuáticos o alta montaña.

Las quemaduras en la piel se pueden prevenir usando cremas protectoras solares con un factor de al menos 15 para adultos o de no menos de 30 para los niños. El factor que se debe aumentar en función de las características de la piel del paciente (mayor cuanto más clara sea la piel y más claros los ojos). El protector solar se aplica en todo el cuerpo, al menos 30 minutos antes de la exposición solar, se renueva cada 2 o 3 horas, y después de cada baño. Las zonas del cuerpo con mayor fotosensibilidad, como los párpados, la cara, la nariz o los labios, requieren una mayor protección.

Hidrátase bebiendo agua con frecuencia o cualquier otra bebida, preferiblemente libres de azúcar y evitando que contengan alcohol. El acto de tomar el sol provoca un aumento de la sudoración y la pérdida de líquidos, lo que hace necesaria la

reposición de volemia para evitar efectos adversos como mareos, desmayos o espasmos musculares. Se trata de evitar los golpes de calor.

La OMS destaca la importancia de tomar medidas preventivas en la exposición al sol, ya que en 2020 más de 1,5 millones de casos y más de 120.000 muertes se asociaron con el cáncer de piel. También advierte que la exposición excesiva a la luz solar y a los rayos UV causó aproximadamente 1,2 millones de nuevos casos de carcinomas epidermoides y basocelulares y 64.000 muertes prematuras vinculadas a ellos en este mismo año, además de 325.000 casos de melanoma cutáneo y 57.000 muertes prematuras relacionadas con esta afección.

5 Discusión-Conclusión

El sol es imprescindible para la vida, sin embargo, no se pueden ignorar los efectos nocivos que una excesiva exposición al sol o hacerlo sin tomar las medidas de prevención adecuadas puede llegar a ser altamente nocivo para la salud de los seres humanos.

Los efectos perjudiciales del abuso imprudente de los rayos ultravioletas, especialmente de los rayos UVA y UVB, se pueden observar en la piel que puede mostrar un envejecimiento prematuro, aparición de arrugas y manchas, quemaduras o que se acabe desarrollando un cáncer de piel; también en daños oculares, produciéndose formación de cataratas; o pueden desembocar en deshidrataciones con síntomas como mareos, desmayos, etc. hasta golpes de calor.

Es importante que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería se conviertan en agentes de cambio al estar equipados con el conocimiento y las herramientas necesarias para promover una exposición solar saludable en la población a la que atienden. De manera que se genere un impacto significativo en la mejora de la salud pública y en la prevención de enfermedades relacionadas con el sol.

6 Bibliografía

1. ¿Cómo puedo tomar el sol de forma segura? [Internet]. Enfermeriablog.com. [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://enfermeriablog.com/como-puedo-tomar-el-sol-de-forma-segura/>.
2. verano archivos [Internet]. Palabra de enfermera. [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.palabraenfermera.enfermerianavarra.com/blog/tag/verano/>.
3. Recomendaciones para Prevenir el Cáncer de Piel - Dossiers OposSanidad [Internet]. Auxiliar-enfermeria.com. [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en:

http://www.auxiliar-enfermeria.com/dossiers/cancer_piel.htm.

Capítulo 153

LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES (TCAE) EN LA PLANTA DE TOCOLOGÍA

RAQUEL PORTAS RIOS

1 Introducción

La planta de tocológia, también conocida como la unidad de maternidad, es un área crucial en los hospitales donde se brinda atención especializada en relación con los cuidados necesarios para el bienestar tanto de la madre como de su bebé o bebés.

Esta planta se especializa en los cuidados previos al alumbramiento y en el puerperio, es decir, el periodo que se comprende desde el alumbramiento hasta la aparición de la primera menstruación de la mujer que esta en estado de buena esperanza.

Ante cualquier problema detectado en el transcurso del embarazo, será ésta el área del hospital en la que se dará atención a la futura madre y en la que un conjunto de profesionales (médico, enfermera y técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE)) velarán por las necesidades y actuaciones requeridas para el bienestar de ambos (madre y bebé). Así mismo también será el lugar previo en el que las mamás serán llevadas antes de dar a luz y una vez finalice la tarea del alumbramiento, también estarán con el recién nacido en esta planta para el control de los dos (madre e hijo) y para poder resolver todas las necesidades o dudas que puedan acontecer después de este nuevo periodo que les espera como familia .

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de las TCAE en la planta de tocología y cómo su presencia y contribuciones son fundamentales para brindar una atención de calidad a las mujeres y sus recién nacidos.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo que vamos a presentar a continuación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica completa sobre la literatura científica existente presente en las bases de datos web y mediante las normas bibliográficas del estilo Vancouver.

4 Resultados

En esta planta de tocología, las TCAE desempeñan un papel esencial al colaborar estrechamente con el personal de enfermería y los médicos para garantizar el cuidado integral de las pacientes. Ellas, junto a las enfermeras, son el personal sanitario que más estrechamente se encuentra con las madres y sus hijos / hijas. Son responsables de brindar una atención directa a las pacientes. Su presencia continua les permite establecer una relación de confianza con las mujeres embarazadas y puerperas, ofreciéndoles el apoyo emocional necesario. Además, asisten a las pacientes en la realización de actividades básicas, como el aseo personal, cambios de posición, movilización y cuidado del recién nacido (toma de temperatura, peso diario, aspiración de mucosidades en caso de ser necesario, perímetro craneal, cambio de pañal, ropa, cuidados del cordón umbilical). Su contribución permite liberar al personal de enfermería para que pueda centrarse en tareas más complejas, como la monitorización de la madre y el bebé, la administración de medicamentos y la atención a posibles complicaciones¹.

De ellas depende que los recursos de la planta estén organizados (almacén de material, lencería, preparación de biberonería) y repuestos de la forma correcta, tarea la cual permite el funcionamiento diario, adecuado y dinámico, tanto del equipo de auxiliares de enfermería como del resto de profesionales de una forma plena y segura para todos.

Desempeñan un papel crucial en proporcionar educación y apoyo a las pacientes durante su estancia en el hospital: brindan información sobre el proceso de parto, las técnicas de respiración, la lactancia materna y los cuidados postparto, propor-

cionándoles la tranquilidad y la confianza necesarias en un momento tan importante de sus vidas como es traer a un recién nacido al mundo 2,3.

5 Discusión-Conclusión

Las TCAE son fundamentales en la planta de tocología, ya que su presencia y actuaciones dentro del equipo de profesionales de la unidad de tocología contribuyen a la atención integral de las mujeres embarazadas y en el período postparto. Su asistencia directa a las pacientes, coordinación y organización, observación y monitorización, así como la educación y apoyo brindados, son aspectos cruciales para garantizar una atención de calidad en esta área especializada. Reconocer y valorar su trabajo en esta planta es esencial para el funcionamiento efectivo de la unidad y el bienestar de las pacientes y sus recién nacidos.

6 Bibliografía

1. García Núñez M.L., Gonzales Monedero J, Tendero la Peña A. Protocolo del puerperio normal [internet]. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. [] Recuperado a partir de: <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/03c948ec17532bbc15a8c229f2f0a77a.pdf>.
2. Alonso Marcos, O. Conocimientos, actitudes y prácticas de Enfermería en el fomento de la Lactancia Materna: Puerperio [trabajo de fin de grado]. Universidad de A Coruña, campus de Ferrol [2013] Recuperado de: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/10206>.
3. Martínez Zapata, R. Enfermería y puericultura en la España contemporánea: las enfermeras puericultoras y su aportación a la salud materno-infantil en la provincia de Valencia [internet]. Universidad Jaume I [2023]. Recuperado a partir de: <https://www.tdx.cat/handle/10803/688098#page=1>.

Capítulo 154

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA APLICACIÓN TERAPÉUTICA DEL CALOR O TERMOTERAPIA

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ

MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO

MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ

ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN

1 Introducción

Desde los tiempos más remotos y en casi todas las sociedades se ha utilizado el calor como medida de curación o alivio natural en el tratamiento de diferentes dolencias y lesiones. Su efectividad ha hecho que actualmente el calor se siga aplicando con estos mismos fines terapéuticos, si bien modernizando y perfeccionando técnica e instrumentos. La utilización del calor de manera terapéutica se llama termoterapia.

De manera concreta, la aplicación de calor sobre el cuerpo humano produce vasodilatación, que hace que mejore la circulación sanguínea y, por lo tanto, llegue más de oxígeno y nutrientes a los tejidos; analgesia, el calor aumenta la segregación de endorfinas y bloquea las señales de dolor provocando sensación de

alivio; y tiene un efecto muscular relajante y disminuyendo la rigidez y aumentando la flexibilidad.

La aplicación del calor de manera local, por su efecto vasodilatador, incrementa el flujo sanguíneo, la permeabilidad capilar, la actividad metabólica y la elasticidad de los tejidos musculares del área donde es aplicada, actuando como antiinflamatorio, analgésico y relajante muscular natural. Aplicado de manera general, y por este mismo efecto vasodilatador, produce un aumento del ritmo cardíaco, del trabajo respiratorio y un incremento de la sudoración.

La termoterapia es utilizada de manera frecuente en fisioterapia y está, especialmente, indicada en casos de dolores reumáticos, lesiones musculares y articulares o en cólicos. Sin embargo, también tiene contraindicaciones, por eso no debe ser utilizada en pacientes que sufran enfermedades cardiovasculares, en casos de apendicitis, trastornos hemorrágicos, en tejidos con falta de sensibilidad o en heridas abiertas.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) por su formación y su práctica pueden utilizar las diferentes técnicas de aplicación del calor con fines terapéuticos, pero siempre y cuando exista una prescripción médica previa y deben seguir las indicaciones y recomendaciones realizadas por el profesional de la salud que la prescribe con el fin de obtener los mejores resultados sobre el paciente.

2 Objetivos

- Poner de manifiesto la importancia y efectividad de la termoterapia como medida terapéutica en el tratamiento de distintas patologías.
- Describir las tareas y conocimientos específicos que deben tener los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería al aplicar la termoterapia.
- Explicar las condiciones más favorables, contraindicaciones y precauciones que deben tenerse en cuenta al aplicar la termoterapia por parte del TCAE.

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: “termoterapia” o “TCAE y termoterapia”.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deben saber que al utilizar la termoterapia hay que tener en cuenta la temperatura mínima y máxima a aplicar, así la temperatura mínima estaría establecida entre los 34 y los 36 grados centígrados y la temperatura máxima no debe ser superior a los 58 grados. Deberá tener en cuenta variables como la sensibilidad de la piel del paciente, muy relacionada a vez con la edad de la persona, así, niños y ancianos suelen ser mucho más sensibles y menos resistentes; también del área del cuerpo en la que se aplique el calor, ya que hay zonas del cuerpo mucho más sensibles que otras; de la extensión del área a tratar; y, finalmente, de la duración del tiempo de aplicación.

A la hora de la utilización de la termoterapia hay que saber que se puede realizar de forma general o en todo el cuerpo, y de forma local o en un área concreta. Se aplica de manera general, si se quiere obtener un efecto de sedación o ante la hipotermia y se aplica de manera local cuando se quiere obtener un efecto relajante en músculos contracturados, para disminuir la sensación de dolor en casos de inflamación o para acelerar la curación de infecciones. La aplicación del calor también puede ser húmeda, se produce un contacto directo con el cuerpo, o seca, la aplicación es indirecta. con la piel, o seca, cuando el contacto no es directo.

Se pueden distinguir dos formas de aplicar el calor: por conducción y por radiación. En las aplicaciones del calor por conducción el contacto es directo y el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe conocer las siguientes técnicas:

- Bolsa de agua caliente: Se aplica calor seco en la región prescrita mediante una bolsa de agua caliente inserta en una funda o envuelta en una toalla. Se recomienda controlar la temperatura del agua, que debe ser de entre 46 y 51 grados centígrados, y aplicarla en el área indicada.
- Compresas: Son apósitos o paños húmedos calientes que se aplican en el área indicada para aliviar el dolor y la congestión. Hay que mojar la compresa en el agua caliente, escurrirla y situarla en la región. Hay que cambiarlas frecuentemente porque pierden el calor con rapidez.
- Manta eléctrica o almohadilla: Poseen una resistencia eléctrica en su interior. Van enchufadas a la corriente eléctrica, situarlas envueltas en algún material impermeable sobre la región a tratar.

- **Manta térmica:** Proporciona calor seco a un área concreta mediante un sistema compuesto por una manta o esterilla y una bomba de flujo de agua caliente. Se pone debajo del paciente o sobre el paciente, pero siempre separada por una sábana.

- **Baños terapéuticos:** Se realiza la inmersión de todo el cuerpo o de parte de él (baños de asiento) en una bañera con agua caliente o con la aplicación de sustancias emolientes.

Por otro lado, las aplicaciones del calor por radiación se producen a través del aire y sin que haya un contacto físico, las más utilizadas son:

- **Radiaciones infrarrojas:** Se usan focos luminosos que emiten mucho calor en forma de rayos infrarrojos.

- **Onda corta:** Se trata de equipos que emiten ondas electromagnéticas de alta frecuencia que, penetrar en el cuerpo, se transforma en calor. Se suelen utilizar en patologías relacionadas con el aparato locomotor.

- **Ultrasonidos:** SE trata de equipos que genera sonidos de alta frecuencia, cuya energía se transforma en calor con efectos similares a la onda corta, además de tener efectos relajantes y analgésicos.

Todas las técnicas de aplicación de calor utilizadas por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deben estar indicadas por los profesionales médicos. Al terminar la aplicación de la técnica, el TCAE debe registrar la hora en que se aplicó, el tiempo de aplicación, la zona de aplicación y la reacción del paciente y, por último, recoger e higienizar el equipo.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de calor o termoterapia es una técnica terapéutica muy eficiente utilizada desde la antigüedad para el tratamiento de diversas dolencias y lesiones y actualmente se le siguen reconociendo numerosos beneficios, como la mejora de la circulación sanguínea, el alivio del dolor y la relajación muscular.

La termoterapia es una herramienta valiosa para los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería siempre que se realice de manera adecuada y bajo la supervisión de profesionales de la salud. El TCAE debe estar familiarizado con las diferentes metodologías y en el uso adecuado de los equipamientos a utilizar, cuando esto es así, la termoterapia puede brindar beneficios significativos a los pacientes. Siempre debe tener en cuenta las contraindicaciones y las precauciones a seguir en su utilización, así como registrar los procesos y mantener la higiene de los equipos utilizados.

En última instancia, es necesario resaltar la importancia de la formación y la

práctica adecuada para el uso responsable y efectivo de la termoterapia por parte de los TCAE, contribuyendo de esta manera a mejorar el bienestar y la salud de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Aplicación terapéutica de frío y calor [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/aplicacion-terapeutica-de-frio-y-calor/>.
2. Ocronos R. Aplicación terapéutica de frío y calor [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2023 [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/aplicacion-terapeutica-frio-calor-tecnicas-aplicacion/>.
3. Cgtsanidadlpa.org. [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/aux_enfermeria/T11-AE-SCS-2007.pdf.
4. Edajube. Aplicación Local de Frío y Calor [Internet]. Enfermería. 2021 [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://enfermeria.top/apuntes/tcae/aplicacion-frio-calor/>.

Capítulo 155

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS FUNCIONES EN LOS CUIDADOS POSTMORTEM

ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ

MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO

MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ

1 Introducción

Se puede definir que una persona ha fallecido cuando cesan completa y definitivamente todas las funciones vitales del cuerpo humano.

Cuando hay sospecha de fallecimiento de una persona es necesario que observemos los signos del mismo, éstos se pueden dividir en signos tempranos y signos tardíos.

Signos tempranos:

- Ausencia de movimiento respiratorio y de ventilación observados durante la auscultación.
- No se observa salida de aire ni por nariz o ni por boca.

- En el tórax y abdomen no hay elevación ni descenso, no se produce movimiento.
 - El corazón ha dejado de latir.
 - En la palpación de constantes no se detecta el pulso.
 - Se produce un aumento del diámetro o de la dilatación de la pupila (midriasis).
 - No hay sensibilidad en la piel.
 - Se percibe ausencia de tono muscular.
 - Cuando el personal de enfermería le realiza un electrocardiograma (EEG), se indica constantes bajas o planas, éstas últimas son las indicadoras de paro cardíaco.
- Signos tardíos:
- Enfriamiento corporal y/o algor mortis: la temperatura del cuerpo del fallecido desciende de manera paulatina, aproximadamente 1°C por hora, dependiendo de la temperatura ambiente, en un plazo de 24 horas la temperatura se nivela y estabiliza.
 - Rigidez cadavérica y/o rigor mortis: suele aparecer a las tres horas del fallecimiento, siendo más notoria en los músculos de la mandíbula, cuello y en las extremidades inferiores.
 - Lividez cadavérica y/o livor mortis: son coloraciones rojizas o violáceas en la piel del éxitus.
 - Deshidratación: responsable de la progresiva pérdida de peso del fallecido.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE) ante un paciente que ha fallecido.
- Exponer las fases y signos relativos al fallecimiento.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se realizó una revisión bibliográfica de bases de datos científicas que publican artículos científicos sobre el desempeño de los técnicos de enfermería post mortem. Las bases de datos a las que se hizo referencia incluyeron Scielo, PubMed, Medline y referencias en guías de atención clínica relevantes para el tema.

4 Resultados

El profesor Gisbert Calabuig clasificó las fases involucradas en un fallecimiento:

1ª Fase, muerte aparente: la persona aún está viva, pero sus órganos van debilitándose, los latidos del corazón, la respiración y los signos vitales van desapareciendo paulatinamente.

2ª Fase, muerte relativa: es la etapa de la prolongación del dolor, las funciones neurológicas, respiratorias y la circulación son muy débiles, pero aún se puede aplicar el proceso de reanimación.

3ª Fase, muerte en metafase: en esta etapa, la actividad biológica de los órganos y tejidos se pierde de forma gradual e irreversiblemente, ya no es posible la aplicación de la reanimación.

4ª Fase, muerte absoluta: es la extinción absoluta de las funciones biológicas del organismo.

El facultativo es el responsable de certificar el fallecimiento de un paciente, para ello realizará un electrocardiograma, cuando este muestre resultados planos referentes a la actividad biológica del paciente, será cuando firme el certificado de defunción, (poniendo la fecha y hora de fallecimiento y el motivo que lo causó) y la orden de traslado del paciente fallecido, el médico será la persona que informe a los familiares del fallecimiento. Los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería (TCAE), junto a los celadores, deberán proceder a la preparación del fallecido, quitando drenajes, sondas, vías, catéteres, etc. y realizarán el aseo e higiene, lo envolverán en una sábana y posteriormente en un sudario, dejando libre el rostro del éxitus, todo ello lo realizarán con el máximo respeto, una vez preparado se dejará pasar a sus familiares para que puedan despedirse en la intimidad. Todo el personal deberá brindar apoyo emocional a las personas cercanas al fallecido, respetando la ideología religiosa y cultural tanto del fallecido como de sus allegados. Una vez se hayan despedido, se cerrará el sudario y se tapará con una sábana, poniendo pegatinas de identificación para llevarlo al mortuario.

5 Discusión-Conclusión

La muerte es la desaparición de todo signo de vida, se interrumpe la circulación sanguínea, el transporte de nutrientes, cesa la función respiratoria y los órganos dejan de funcionar, hasta la parada final del corazón, el fallecimiento siempre debe ser certificado y firmado por un facultativo. El personal de enfermería, los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería y los celadores, se encargarán de la preparación del cuerpo, mostrando siempre el máximo respeto, así mismo también deberán empatizar y mostrar apoyo a los familiares, informándoles de los trámites a seguir respecto a funeraria y ayudándoles en lo que necesiten, respetando su dolor y creencias religiosas.

6 Bibliografía

1. Brenes IM. Éxitus - Manuales Clínicos [Internet]. Manuales Clínicos. 2022 [citado el 28 de julio de 2023]. Disponible en: <https://manualclinico.hospitaluvroci.es/urgencias-de-pediatria/cuidados-paliativos/exitus/>.
2. Ocronos R. Funciones del TCAE ante un éxitus [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 28 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-tcae-exitus/>.
3. de Enfermería TF de GJ 2022 G. Afrontamiento del personal de enfermería frente a la muerte de los pacientes oncológicos [Internet]. Ull.es. [citado el 28 de julio de 2023]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/28966/Afrontamiento%20del%20Personal%20de%20Enfermeria%20frente%20a%20la%20Muerte%20de%20los%20Pacientes%20Oncologicos.pdf?sequence=1>.

Capítulo 156

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN EL PACIENTE ENCAMADO

LOURDES MARÍA GARCÍA CECA

VANESSA LÓPEZ AGUILAR

ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS

MARÍA DEL PILAR GARCÍA CONSUEGRA FERNÁNDEZ
DE MARCOS

NOELIA VILLACRECES MUÑOZ

1 Introducción

Comenzaremos este capítulo definiendo lo que es una úlcera por presión (UPP) y podemos definirlo como toda lesión isquémica de la piel así como de los tejidos subyacentes que se producen como respuesta a una presión prolongada, cizallamiento o una fricción que tiene lugar entre dos planos duros.

Las úlceras por presión (UPP) son áreas de piel lesionada que se producen por permanecer en una misma posición durante un tiempo prolongado .

Estas úlceras por presión (UPP) se forman en la zona donde los huesos están más cerca de la piel, como por ejemplo en tobillos, talones, las caderas, zona lumbar.

Las úlceras por presión se clasifican en las siguientes categorías o grados:

- Grado I: piel rosada o enrojecida que no cede al desaparecer la presión durante los 30 segundos siguientes de aliviar ésta presión.
- Grado II: úlceras de espesor parcial que afecta a la dermis o epidermis.
- Grado III: pérdida total del grosor de la piel llegando a la dermis profunda o hipodermis.
- Grado IV: pérdida total del espesor de los tejidos , necrosis de tejido o lesión en estructuras de sostén -Sin clasificar: pérdida total del espesor de la piel o los tejidos pero en este caso con profundidad desconocida. El cuidado de la piel es una parte indispensable dentro de los cuidados básicos del paciente hospitalizado. Su objetivo principal es mantener la integridad de la piel, evitando la aparición de úlceras por presión. El objetivo consiste en valorar el riesgo de cada paciente y una vez valorado eliminar o disminuir los factores de riesgo que favorecen la aparición éstas mejorando a su vez así la calidad y eficiencia de los cuidados prestados.

2 Objetivos

- Estudiar la importancia que poseen los auxiliares de enfermería a la hora del tratamiento de prevención de las úlceras por presión.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Estas úlceras son un problema común en personas que tienen limitada su capacidad de movimiento (por edad, por un accidente, enfermedad etc.) y pasan una gran parte del tiempo o todo el tiempo en silla de ruedas o en la cama. Uno de los factores de riesgo más importantes para la formación de estas úlceras es la falta de movilidad de estas personas.

Estas úlceras suponen un empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes, dificultando su recuperación. Se estima que un 95% de las úlceras se pueden prevenir, por lo que el índice de úlceras por presión se ha convertido en un indicativo de la calidad muy importante de los cuidados de enfermería. Estas úlceras por presión constituyen uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de cuidados de enfermería siendo un gran reto a la vez que una gran responsabilidad, tanto en la prevención como en el tratamiento por la autonomía de actuación que se brinda.

La aparición de úlceras por presión puede:

- Agravar el estado general del paciente por un aumento de infecciones y complicaciones metabólicas.
- A nivel terapéutico pueden deteriorar y complicar un tratamiento integral.
- Prolongar la estancia hospitalaria.
- Suponen una sobrecarga de trabajo para la parte de enfermería.
- Ocasionan pérdida de autonomía, independencia y autoestima. La prevención de estas úlceras por presión es una labor que puede llegar a considerarse compleja, pero a la vez es muy interesante porque ofrece la posibilidad de marcar una diferencia notoria en cuanto a los resultados del paciente.

La buena evolución así como la resolución de las úlceras podría considerarse como un indicador de calidad muy importante tanto a nivel intrahospitalario como extrahospitalario de la salud del paciente.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de esta revisión se ha podido observar como a pesar de no tratarse de patologías graves, las úlceras por presión pueden condicionar seriamente la calidad de vida y estado del paciente, siendo por ello uno de los principales indicadores en cuanto a calidad asistencial en pacientes ingresados.

Además de este importante impacto que ocasiona en la vida de los afectados, se ha comprobado su alta prevalencia y el elevado gasto económico que estas representan.

Es por ello, junto con el hecho de que un 94 % de las mismas parezcan ser evitables que una mayor inversión en materia de prevención supondría una mejora, tanto en el aspecto monetario como en el sanitario, llegando a evitar que estas desarrollen en problemas más graves o directamente logrando que estas no tengan lugar.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 157

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE CON SONDA NASOGÁSTRICA

LOURDES MARÍA GARCÍA CECA

VANESSA LÓPEZ AGUILAR

ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS

MARÍA DEL PILAR GARCÍA CONSUEGRA FERNÁNDEZ
DE MARCOS

NOELIA VILLACRECES MUÑOZ

1 Introducción

La sonda nasogástrica es un tubo flexible y fino, se le pone en el hospital a los pacientes que no pueden tragar o comer normalmente debido algún tipo de cirugía en la zona de la boca y la garganta o como consecuencia de enfermedades degenerativas.

Así se consigue que los pacientes puedan mantener la alimentación y puedan también administrarles la medicación que tengan prescritas.

También puede usarse en caso de intoxicaciones medicamentosas o de obstrucciones intestinales para evacuar el contenido gástrico del paciente, para ex-

traer aire del estómago, con fines profilácticos en pacientes con riesgo de broncoaspiración o para la toma de muestras gástricas o confirmar si existe un sangrado activo.

Es una técnica llevada a cabo por el personal de enfermería, que consiste en la inserción de una sonda, generalmente de silicona, desde un orificio nasal hasta el estómago.

Tomaremos la medida de la longitud necesaria calculando la distancia nariz-oído-estómago y una vez introducida, comprobaremos la colocación correcta mediante la insuflación de aire con una jeringa a través de la sonda, escuchando con un fonendo si lo oímos en el estómago o bien aspirando contenido gástrico.

Está contraindicada la inserción de una sonda si hay sospecha de rotura esofágica, fracturas faciales o de los huesos de la base del cráneo u obstrucción nasofaríngea. Dicho procedimiento es aconsejable realizarlo en la atención intrahospitalaria para llevar a cabo técnica aséptica y tener la seguridad que de que se encuentre en el lugar donde debe estar.

Existen varios tipos de sondas, en función del material, forma, orificios de los que dispongan y el calibre que tengan.

2 Objetivos

- Exponer e indicar el papel del técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante la alimentación por sonda nasogástrica de los pacientes.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Antes de iniciar la alimentación por sonda, es importante sentar al paciente o levantar la espalda con una almohada para evitar que el alimento pueda volver a la boca o lleguen a los pulmones.

Una vez hecho esto, tenemos unos pasos a seguir.

1º Colocar un paño debajo de la sonda para proteger la cama o al paciente de posibles restos de comida que puedan caer de la jeringa.

2º Doblamos la sonda y apretamos bien para evitar que entre aire en el tubo, retiramos el tapón y lo ponemos sobre el paño.

3º Insertamos la punta de la jeringa de 100 en la sonda y aspiramos contenido gástrico. Si se saca mas de la mitad de la comida anterior (100ml aprox.) se recomienda alimentar a la persona mas tarde. Este contenido siempre tiene que ser devuelto al estomago.

4º Doblar de nuevo la sonda y apretar bien para retirar la jeringa y colocar el tapón antes de desdoblarla para evitar la entrada de aire en el tubo.

5º Llenar la jeringa con los alimentos, volver colocar la punta de la jeringa en la sonda doblándola antes de retirar el tapón para evitar la entrada de aire. Los alimentos no deben estar ni muy calientes ni muy fríos y junto a ellos también puede administrarse medicamentos.

6º Desdoblar la sonda y apretar poco a poco el émbolo de la jeringa para ir introduciendo la alimentación, (aproximadamente 100ml en 3 minutos) para evitar que los alimentos entren demasiado rápido en el estómago. Repetir este proceso hasta acabar con toda la comida doblando y tapando la sonda. Después es importante lavar la jeringa e introducir agua para lavar la sonda y evitar que se obstruya.

5 Discusión-Conclusión

La administración enteral es una forma agresiva de apoyo nutricional que tiene un alto coste personal y económico por lo que hay que establecer una correcta indicación, así como una adecuada elección de fórmula, vía y método de administración.

La alimentación por sonda nasogástrica es un proceso fácil, pero hay que tener algunos cuidados para evitar que la sonda se salga de lugar y evitar que los alimentos puedan llegar a los pulmones. La formación del personal en este campo es imprescindible para la buena realización de los cuidados.

Es importante el cuidado diario de la sonda, la vigilancia de la zona y la forma de administración de la alimentación para evitar problemas futuros.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.

2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 158

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS DE PACIENTES TERMINALES

LOURDES MARÍA GARCÍA CECA

VANESSA LÓPEZ AGUILAR

ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS

MARÍA DEL PILAR GARCÍA CONSUEGRA FERNÁNDEZ
DE MARCOS

NOELIA VILLACRECES MUÑOZ

1 Introducción

El objetivo central de los cuidados paliativos se centra en conceder una muerte digna y sin dolor, al paciente terminal, anteponiendo el confort y la calidad de vida, también se debe brindar apoyo emocional a los familiares y amigos del paciente terminal.

El auxiliar de enfermería tiene una labor muy importante que consiste en prestar cuidados básicos al paciente como alimentación, el aseo o la movilidad, pero también deben de colaborar con las enfermeras, los médicos y con otros profesionales sanitarios en sus tareas.

Cuando un auxiliar de enfermería está frente a un paciente terminal, una de las principales funciones que tiene que realizar consiste en que le preste al enfermo terminal los cuidados paliativos que correspondan, y para realizar estas tareas el auxiliar de enfermería, debe prestar su máximo compromiso y responsabilidad profesional.

Cuando hablamos de cuidados paliativos, estamos hablando de aquellos cuidados que precisan los pacientes terminales y sus familiares en la última etapa de su enfermedad.

Los cuidados paliativos a enfermos terminales tienen como principal objetivo conceder una muerte digna y sin dolor al paciente, calidad de vida y confort, así como también brindar apoyo emocional a los familiares y amigos del paciente.

Para llevar a cabo todo esto anteriormente expuesto, es imprescindible que el auxiliar de enfermería esté capacitado y tenga la formación suficiente y adecuada para poder llevar a cabo de manera competente todas las tareas que se requieren para realizar este tipo de cuidados.

Gracias a los cuidados paliativos que se le brindan al paciente, este pasará sus últimos días de vida, libre de dolor, con los síntomas controlados y de una forma consciente.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en las diversas etapas de los cuidados paliativos.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Dentro de sus principales funciones, el auxiliar de enfermería se encarga de ejecutar diferentes tareas en la unidad de cuidados paliativos. El auxiliar de enfermería suele encargarse de tareas como los cuidados básicos de higiene y confort de los pacientes, la administración de los medicamentos y la supervisión de los signos vitales.

También cumple un rol muy importante en la unidad de cuidados paliativos, donde proporciona bienestar y confort a los pacientes y a sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal. La unidad de cuidados paliativos procura brindar soporte y bienestar a los pacientes que sufren una enfermedad terminal. Su finalidad es conseguir que los pacientes pasen esta etapa de su vida libres de dolor y con los síntomas bajo control, rodeados de la gente que les quiere.

En la unidad de cuidados paliativos suelen trabajar diferentes personas, en el caso particular del auxiliar de enfermería, es quien se encarga de mantener la higiene personal del paciente y proporcionarle un ambiente agradable, con esto último nos referimos a una habitación ordenada, limpia y luminosa.

Por lo general la programación de las tareas que realiza el auxiliar de enfermería en la unidad de cuidados paliativos comienza con el control de la temperatura del paciente y la medición de diuresis, para ello debe anotar las mediciones correspondientes y comunicar a los enfermeros si observan alguna anomalía.

Luego reparte las comidas del día y le da de comer a aquellos pacientes que necesitan su asistencia. Recoge las bandejas y deja un vaso limpio para el enfermo y su acompañante. Para mantener un ambiente agradable, el auxiliar de enfermería realiza un aseo general según el protocolo correspondiente, hace las camas y deja la habitación ordenada. Para ello debe juntar en una bolsa la ropa sucia, cerrarla, etiquetarla y depositarla en el carro indicado para ese fin.

Además de cuidar la higiene del paciente y proporcionarle un ambiente agradable, el auxiliar de enfermería debe colaborar con los enfermeros profesionales en todo aquello que necesiten, ya sea en la administración de medicamentos como en los cuidados que surjan durante el turno.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería suele encargarse de tareas como los cuidados básicos de higiene y confort de los pacientes, la administración de los medicamentos y la supervisión de los signos vitales. El equipo sanitario trabajara en conjunto para prestar una atención integral tanto física como emocional de forma continuada

pretendiendo conseguir una mayor calidad de vida y confort en los pacientes terminales.

Al igual que las necesidades físicas es muy importante cubrir y responder las necesidades psicológicas del paciente: mantener una comunicación veraz, clara y tranquilizadora; darle la posibilidad de expresar sus sentimientos y emociones; promover un entorno de ayuda sin sobreprotección; hacerles sentirse valorados positivamente; acompañar y ayudar al enfermo respetando sus creencias y valores; y sobre todo, preservar su dignidad e intimidad.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 159

PAPEL Y ACTUACIÓN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS FACTORES DE RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN

ANA BELEN ALMANSA GONZALEZ

SONIA DELFA MALDONADO

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son una de las complicaciones más frecuentes del paciente encamado. Son actualmente una de las principales preocupaciones del sistema sanitario en España por las graves consecuencias que pueden ocasionar y las prolongadas estancias hospitalarias que conllevan para el paciente. Actualmente, la prevalencia en pacientes hospitalizados oscila en torno al 7,89 por ciento, aumentando al 18 por ciento en pacientes de cuidados intensivos en términos generales.

Las principales causas de aparición de úlceras por presión son la presión que se ejerce y mantiene entre dos planos y la tolerancia de esta presión o fricción en los tejidos, siendo esta una lesión de origen isquémico que se localiza en la piel y tejidos y que produce pérdida de sustancia cutánea.

Las úlceras por presión suponen un gran reto para el equipo de enfermería y un importante problema de salud para lo que se deben establecer medidas que favorezcan la disminución de la incidencia.

Es fundamental el abordar los cuidados de nuestros pacientes aplicando como primera medida la prevención para el abordaje en las úlceras por presión, que será a su vez la forma más rápida y eficaz de disminuir la incidencia o retrasar su aparición en el paciente.

2 Objetivos

- Describir las úlceras por presión e identificar sus causas.
- Describir los factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos de las úlceras por presión.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en literatura científica en bases de datos: Dialnet, Scielo, Pubmed, y Cuiden.

Los descriptores de búsqueda que se han utilizado han sido: Úlceras por presión, riesgos, factores extrínsecos, factores intrínsecos y prevención. Se introduce filtros de idioma en español e inglés.

4 Resultados

Las causas de la aparición de úlceras por presión se pueden detectar y el poder identificar los factores de riesgo para su desarrollo será determinante en la aplicación de las medidas preventivas.

Es importante conocer los mecanismos que producen la aparición de las úlceras por presión. Existen unos factores extrínsecos e intrínsecos y su relación de estos dos grupos condicionara el grado de riesgo para su aparición.

Entre los factores extrínsecos se encuentran:

- La presión ejercida en la piel que se produce entre dos planos de los cuales uno pertenece al enfermo y otro es externo como puede ser la cama, sillones y dispositivos , la presión mantenida obstruye el flujo sanguíneo y tejido pudiendo provocar la necrosis.
- La fricción se produce por los roces en los movimientos que producen arrastres del cuerpo en superficies.
- El cizallamiento es una combinación de la presión y la fricción.
- La humedad es un factor muy importante y que supone un alto riesgo para los pacientes con incontinencia.

A su vez existen otros factores extrínsecos que también son condicionantes:

- Falta de higiene.
- Productos empleados en su higiene.
- Temperatura ambiental.
- Dificultad de acceso a los servicios de salud.
- Escasos conocimientos en los cuidados del familiar o cuidador.
- Falta de recursos para adquirir dispositivos de prevención y cuidados.
- Utilización de dispositivos clínicos que en ocasiones aumentan el riesgo.
- Movilizaciones incorrectas o realizadas de forma inadecuada.
- Superficies de apoyo no adaptadas.
- Falta de unificación de criterios y responsabilidad en la asistencia.
- Falta o deficientes cambios posturales.
- Escasez de educación sanitaria.

Los principales factores intrínsecos son:

- La edad, que conforme avanza se aumenta el riesgo.
- Fármacos que producen sedación, corticoides, hipotensores etc.
- Hábitos nocivos como el consumo de alcohol, tabaco y sedentarismo.
- Predisposición y antecedentes de haber padecido úlceras por presión.
- Obesidad.
- Alteraciones neurológicas.
- Trastornos cognitivos.
- Incontinencia.
- Deficiencias del estado nutricional.
- Deshidratación.
- Enfermedades cardiovasculares y respiratorias.
- Alteraciones de la piel.
- Infecciones.
- Alteraciones motoras e inmovilidad.

Las zonas más sensibles en la aparición de las úlceras por presión y en las que se debe prestar especial atención para la valoración y cuidados de la piel serán:

- Vigilar las áreas donde los huesos están más próximos a la superficie, es decir las prominencias óseas, entendiendo que al sufrir más presión existe más riesgo.
- Atención a las zonas de puntos de apoyo más frecuentes, se relacionan con las posiciones que adopta el paciente tanto en posición de sentado o en la cama y suelen aparecer en: sacro, talones, hombros, cabeza, codos, caderas, rodilla y espalda.

- Atención a las zonas de contacto con diferentes dispositivos utilizados para el cuidado de los pacientes como pueden ser catéteres, gafas de oxígenos, mascarillas, sondas etc.
- Vigilancia de las zonas que se exponen a la humedad por incontinencia, sudor, etc.
- Revisión de los cambios de coloración, temperatura, edemas o dolor y cualquier cambio que nos indique una sospecha de alarma.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la alta incidencia que provocan y sus consecuencias, que pueden llegar incluso a la muerte del paciente, las úlceras por presión tienen un impacto negativo importante en los pacientes que las padecen y tienen un pronóstico muy pobre.

Para tratar la posible aparición de úlceras tan pronto como aparecen, los profesionales de la salud deben ser capaces de identificar todos los signos que puedan indicar una amenaza para la integridad de la piel y evaluar la presencia de posibles cambios. a través de la fuerza.

Para abordar el problema con medidas protectoras y preventivas para evitar o retrasar su aparición y reducir su prevalencia, es fundamental conocer los diversos factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos.

6 Bibliografía

1. Abizanda A, Girona M, Martínez I, Juárez M, Querol MJ. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión (UPP). Rev Rol Enferm 2004.
2. Alepuz Vidal L, Benítez Martínez JC, Casaña Granell J, Clement Imbernón J, Fornes Pujalte B, García Molina P. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana, 2012.
3. Andréu Villanueva P, Cuello Arazo T, Fernández Mur A.C. et. Al. Guía Clínica: Prevención y Tratamiento de las lesiones por presión. HCU Lozano Blesa de Zaragoza; 2014.
4. Arango Salazar C, Fernández Duque O, Torres Moreno B. Úlceras por presión. En: International Marketing & Communication, S.A. (IM & C). Tratado de Geriatria para residentes. 1a ed. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2006.

Capítulo 160

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

JAIME PONCE ALFARO

JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO

RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA

MARIA CORTES MOLINA TORRALBA

FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO

1 Introducción

Una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una unidad hospitalaria especializada que proporciona atención médica intensiva a pacientes con enfermedades o lesiones graves, potencialmente mortales o que requieren una atención y monitoreo constante.

La UCI también puede denominarse unidad de terapia intensiva o unidad de atención crítica.

Un paciente crítico es aquel que presenta una enfermedad o lesión grave que pone en peligro su vida y requiere de atención médica intensiva. Las características que describen a un paciente crítico pueden incluir: inestabilidad hemodinámica,

alteraciones respiratorias, neurológicas, renales, metabólicas y hemostáticas, infecciones graves y necesidad de monitorización y tratamiento intensivo.

En una UCI, los pacientes son atendidos por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud, incluyendo médicos especialistas en cuidados críticos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores y otros especialistas según las necesidades del paciente.

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la UCI pueden variar según el hospital y la unidad específica, pero generalmente incluye muchas responsabilidades que son obligatorias cumplir.

En la UCI juega un papel importante en el cuidado de los pacientes críticos. El TCAE siempre trabaja en colaboración con el personal médico y de enfermería para brindar una atención integral y de calidad a los pacientes en la UCI.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del TCAE en la UCI.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El TCAE ayuda en las actividades diarias de cuidado personal de los pacientes, como asearse, vestirse, moverse en la cama y cambiar de posición para prevenir úlceras por presión.

Se encargará de tomar y registrar constantemente los signos vitales de los pacientes, como la temperatura, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria, para ayudar al equipo médico a monitorear su estado.

Colaboran en la movilización segura de los pacientes, ya sea para cambiar de posición en la cama o para ayudar en la transferencia a una silla o camilla.

El TCAE puede colaborar en la preparación de los pacientes para procedimientos médicos, como cateterismos, intubaciones, colocación de sondas y otros tratamientos.

Ayudan en la administración de la dieta según las pautas establecidas por el equipo médico y los nutricionistas.

Ayudan en la transferencia de pacientes hacia y desde otros departamentos del hospital para realizar exámenes médicos o procedimientos especiales.

Deben mantener el ambiente limpio y ordenado, asegurando que los suministros médicos estén disponibles cuando se necesiten.

Realizan registros precisos y completos de las actividades realizadas y de la condición de los pacientes para que el equipo médico tenga acceso a la información relevante.

Ofrecen apoyo emocional a los pacientes y a sus familias, ayudándoles a entender los procedimientos y las rutinas de la UCI.

Contribuyen a mantener un entorno seguro para los pacientes y el personal, siguiendo protocolos de higiene y control de infecciones.

A continuación se presentan algunas recomendaciones para los TCAE en la Unidad de Cuidados Intensivos:

Conocer las normas y procedimientos de la UCI, para garantizar la seguridad de los pacientes y del personal, así como para realizar sus tareas de manera eficiente y efectiva.

Mantener la higiene y desinfección en todo momento, siguiendo los protocolos establecidos y utilizando el equipo de protección personal (EPP) adecuado.

Trabajar en equipo y colaborar con el personal de enfermería y médico, brindando apoyo en la atención al paciente y reportando cualquier cambio en el estado del paciente de manera oportuna.

Ser empático y respetuoso con los pacientes y sus familias brindando un ambiente cálido y amigable que contribuya al bienestar emocional del paciente.

Mantener una actitud profesional en todo momento, evitando comportamientos inapropiados que puedan afectar su trabajo o la atención al paciente.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es un miembro importante del equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos y su trabajo es fundamental para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes críticos, así como para apoyar al personal de enfermería y médico en la atención de los mismos.

El TCAE de UCI ejercerá un refuerzo al personal de la Unidad, y deben estar bien preparados y capacitados para que su condición no empeore.

Dada la falta parcial o total de capacidad física de los pacientes en este servicio, esta formación y experiencia profesionales organizadas son absolutamente necesarias para que puedan funcionar en la UCI.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/humanizacion-cuidados-intensivos/>.
2. <https://revistamedica.com/atencion-tcae-enfermo-cronico/>.
3. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171.
4. <https://www.mayoclinic.org/es-es/departments-centers/critical-care/sections/overview/ovc-20399554>.

Capítulo 161

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS CONTENCIONES MECÁNICAS

RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA

JAIME PONCE ALFARO

JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO

MARIA CORTES MOLINA TORRALBA

FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO

1 Introducción

La contención mecánica es un procedimiento en el cual se utilizan dispositivos o métodos físicos para limitar el movimiento de un individuo. Esta práctica se realiza en entornos hospitalarios y centros de atención de salud mental, cuando existe un riesgo inminente para la seguridad del paciente o de otras personas debido a un comportamiento agresivo, agitación o riesgo de lesión.

La contención mecánica es una forma de contención que implica el uso de medios físicos para limitar los movimientos de la persona, como el uso de correas, grilletes o camisas de fuerza. Esta técnica se utiliza en situaciones extremas y sólo debe ser aplicada por personal capacitado y entrenado, ya que puede ser perjudicial para la persona si se utiliza de manera incorrecta o excesiva. En general, se

recomienda utilizar métodos de contención mecánica sólo como último recurso, después de haber agotado otras opciones menos restrictivas.

Como toda acción sanitaria, se requiere el consentimiento informado. Implica que el paciente ha sido informado adecuadamente sobre los riesgos, beneficios y alternativas a la contención, y que ha dado su consentimiento.

Sin embargo, en algunas situaciones extremas, como cuando la persona se encuentra en un estado de agitación o crisis emocional que la hace incapaz de tomar decisiones informadas, se puede aplicar la contención mecánica sin el consentimiento

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la contención mecánica para la seguridad del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La contención mecánica se puede clasificar en dos tipos: contención mecánica parcial y contención mecánica total.

La contención mecánica parcial se utiliza para limitar el movimiento de una parte específica del cuerpo de la persona, como los brazos o las piernas, cintura o tronco, cabeza, mientras se le permite cierta libertad de movimiento en otras partes.

La contención mecánica total, por otro lado, se utiliza para limitar el movimiento de todo el cuerpo de la persona. Esto puede lograrse mediante el uso de bolsas de contención o sistemas de sujeción que envuelven el cuerpo del paciente.

Las medidas de contención, ya sean mecánicas o físicas, son técnicas restrictivas que deben ser utilizadas sólo como último recurso y después de que se hayan

agotado todas las opciones menos restrictivas. Algunas de las indicaciones más comunes para utilizar medidas de contención son:

- Riesgo de lesión propia o de otros.
- Agresividad o comportamiento violento.
- Agitación severa.
- Necesidad de tratamiento médico o psiquiátrico.

Existen varias contraindicaciones para su uso, es decir, situaciones en las que la contención mecánica no debe ser utilizada. Algunas de las contraindicaciones más comunes incluyen:

- Trauma o lesiones previas: Si una persona tiene una lesión previa, como una fractura de hueso o una lesión en la piel, la contención mecánica puede empeorar la lesión existente o provocar una nueva lesión.
- Condiciones médicas subyacentes: Si una persona tiene una condición médica subyacente, como una enfermedad cardíaca o pulmonar, la contención mecánica puede aumentar el estrés en el cuerpo y empeorar la condición.
- Problemas psiquiátricos graves: Si una persona tiene un trastorno psiquiátrico grave, como esquizofrenia o trastorno bipolar, la contención mecánica puede aumentar la ansiedad y el miedo de la persona y empeorar su condición.
- Falta de personal capacitado y entrenado: Si no hay personal capacitado y entrenado en el uso adecuado y seguro de las medidas de contención mecánica, existe un mayor riesgo de lesiones para la persona y para el personal.

Para realizar las sujeciones mecánicas, se requieren los siguientes medios y recursos necesarios:

- Equipos y dispositivos de contención: incluye correas, ataduras, cinturones de sujeción, bolsas de contención y otros dispositivos diseñados para limitar el movimiento del paciente de manera segura y controlada.
- Material de protección: Es importante contar con material acolchado o suave para evitar la fricción y proteger la piel del paciente contra lesiones o abrasiones durante la contención

Personal capacitado en la técnica para implementar la contención mecánica de manera segura y ética.

- Evaluación y planificación: debe haber un plan claro sobre por qué se está utilizando la contención, cuánto tiempo se mantendrá y cómo se monitorea al paciente durante el proceso.
- Seguridad y monitoreo: asegurarse de que el paciente esté cómodo, seguro y no experimente problemas de circulación sanguínea, ni dificultades respiratorias.

5 Discusión-Conclusión

La contención mecánica es un método utilizado en situaciones de emergencia para evitar que una persona se lastime a sí misma o a otros. Se utiliza como último recurso después de haber agotado todas las opciones menos restrictivas y siempre bajo la supervisión de personal capacitado y entrenado. La contención mecánica puede tener efectos psicológicos y físicos negativos en la persona, por lo que se debe evaluar cuidadosamente la necesidad y la duración de la contención. Es importante recordar que la contención mecánica debe ser temporal y que se deben hacer esfuerzos para reducir la necesidad de su uso en el futuro mediante la implementación de medidas preventivas y la planificación cuidadosa del cuidado de la persona. Además, es fundamental que se respeten los derechos de la persona y se garantice su seguridad, dignidad y bienestar durante todo el proceso.

La implementación de la contención mecánica requiere una planificación cuidadosa, equipos y dispositivos adecuados, personal capacitado y una atención constante al bienestar del paciente. Es esencial asegurarse de que se utilice de manera ética y segura, cumpliendo con todas las regulaciones y pautas médicas y legales pertinentes.

6 Bibliografía

1. <https://congresosicepa.com/contenciones-mecanicas/>.
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/recomendaciones-sobre-el-uso-de-contenciones-mecanicas-en-paciente-geriatrico-con-agitacion/>.
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/manejo-de-las-sujeciones-mecanicas-articulo-monografico/>.
4. <http://osaraba.eus/infoberriak/wp-content/uploads/2021/02/Protocolo-contenci%C3%B3n.pdf>.
5. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-contencion-mecanica-pacientes-situacion-actual-S1134282X16301488>.

Capítulo 162

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA EN EL ANCIANO POR DUELO EN SUS DISTINTAS FASES

FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO

JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO

JAIME PONCE ALFARO

RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA

MARIA CORTES MOLINA TORRALBA

1 Introducción

Las personas mayores, en la etapa final de su vida muestran en ocasiones conductas antes inimaginables o sorprendentes. No debemos extrañarnos. Si tuviésemos la posibilidad de observar la vida a través de la mirada de una persona de avanzada edad, nos daríamos cuenta que en el momento de la vida en el que más necesitan apoyos es sin lugar a dudas el momento que escogemos para apartarlos, tratarlos de manera pueril, y en ocasiones por una parte de la sociedad como estorbo, problemas y/o cargas asociadas a la familia.

Si además esta persona de avanzada edad se ve en la situación del padecimiento de algún tipo de enfermedad o de pluripatologías asociadas a la edad de tipo físico, psicológicos o neuronales, la posibilidad de que su comportamiento se vea alterado se incrementa, sobre todo cuando estas situaciones de enfermedad están acompañadas de sufrimiento, desapego de su círculo más cercano y cambios tan abismales como los que puedan afectar a sus costumbres y hábitos cotidianos, la persona anciana no sabe dónde fijar su mirada para encontrar sus referencias de lo que él un día fue,

En otras ocasiones la persona anciana suele limitar tanto su actividad como sus expresiones en las que deja mostrar su afecto sobre la base de su ética o creencias de lo que significa el hecho de ser mayor, modela su actitud y conducta sobre unos estereotipos que se marcan ellos mismos.

En ocasiones, los cambios en estas personas provienen al encontrarse el mayor desvalido, sin rumbo y dejadez de lo que le ocurra. Estas situaciones en las que la persona anciana es incapaz de adaptarse a los cambios, unidas a la inestabilidad de la atención emocional, procuran una situación que avoca a estas personas al padecimiento de alteraciones mentales con suma facilidad.

2 Objetivos

Conocer las distintas técnicas a la hora de fomentar una cultura de respeto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación la cual consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, publicaciones científicas, consulta de distintos artículos de distintas bases de datos médicas y de ámbito del área psicológica, siendo seleccionados artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para el desglose de este apartado hemos de clasificar/ individualizar los distintos tipos de alteraciones con las que no podemos encontrar.

Los trastornos de conductas debidos a los procesos de duelo

La persona anciana puede sufrir la pérdida sucesiva de amigos, lo cual lo va aislando más del mundo nuevo que tiene a su alrededor. Lo peor se produce cuando fallece su pareja. Un trauma para el sobreviviente, el anciano siente casi que sólo es la mitad de lo que era antes de producirse esta pérdida. Le falta su otra mitad y compañero/a. Ha de hacerse a la idea de vivir sin su pareja lo cual provocará un gran dolor y en ocasiones deseos autolíticos para estar cerca de su compañera/o.

El duelo consiste en la aceptación de la desaparición de esa persona y continuar de nuevo la vida. Pero entremedias surge la tristeza y el aislamiento. Aceptar el hecho exige un periodo indeterminado para recuperar el ánimo, cada persona necesita su tiempo. Superada esta fase, necesitará retomar la vida, pero desde una posición distinta.

Las fases del duelo que describimos a continuación jerarquizadas por Margarita Kubler Ross tienen un valor orientativo, puesto que no todas las personas sufren en el orden estipulado todas las fases ni durante el mismo tiempo:

Fase 1 NEGOCIACIÓN: En esta fase la persona para reducir su estado de ansiedad, niega la realidad cuando se le diagnostica, rechaza el desenlace

Fase 2 IRA, RABIA: se produce ante el sentimiento de impotencia y agresividad hacia las demás personas, suele pasar que con quien más descarga este cúmulo de sentimiento es hacia las personas que más quiere, en esta fase hay que ser muy comprensivos con la persona.

Fase 3 NEGOCIACIÓN: La persona empieza a aceptar la realidad de la situación, aunque suele imponer condiciones para satisfacer algún deseo.

Fase 4 DEPRESIÓN: sucede cuando la enfermedad avanza, aquí los síntomas son más visibles y la persona suele estar más debilitada, produciendo aún más conciencia de la realidad, en esta fase lo que debemos es de favorecer que la persona exprese su dolor, que hable con total libertad y se desahogue

Fase 5 ACEPTACIÓN: En esta fase la persona es consciente de que no hay solución y se dispone a aceptar el desenlace con serenidad y dignidad, apenas hay sentimiento, respetaremos en todo momento la voluntad de la persona.

Aparte de las fases anteriormente citadas nos podemos encontrar en una situación de duelo patológico, en las que la persona no sea capaz de reponerse jamás ante tal situación incrementándose el riesgo de sufrimiento, posea sentimiento de no valer/inutilidad, ideación suicida..... y conviva por el resto de su

vida con lo que ya se le denomina depresión

La actuación tanto de TCAE, familiares y amigos debe orientarse a la asistencia del apoyo y ayuda necesaria durante ese periodo. Es muy satisfactorio para una persona que se encuentra en este tipo de proceso, hablar de sus sentimientos abiertamente y expresarse sin pudor a una persona cercana. Cuando la persona exterioriza sus sentimientos habla sobre ello o llora, la presencia del familiar y amigo ayuda a compartir la pena, mostrándole que no está sola en su dolor.

Nos podemos encontrar con ayuda especializada para afrontar este tipo de situaciones

- Prestación de un apoyo constante. El cual nos ayude a entender las características de un proceso normal de duelo.
- Ayudarle a entender las peculiaridades de su caso.
- Proporcionar a la persona afectada el comprender la aflicción surgida por la pérdida del ser querido y a expresarlos (como son el desamparo, la tristeza, la ira, la rabia, la culpa, la ansiedad).
- Ayudar a destapar los problemas que sufre para superar la pérdida, tarea abrupta por el trastorno intenso de la capacidad para pensar y meditar que se da en el duelo.
- Facilitar para que el afectado empiece a contemplar el poder vivir sin la persona fallecida, con la búsqueda de nuevas intenciones, relaciones e ilusiones.
- Aumentar su ánimo cuando debe enfrentarse a momentos relacionados con el fallecido de la persona tales como pudieran ser aniversarios o fechas señaladas.
- En caso de considerarse que el afectado tuviese unas circunstancias difíciles recomendar la ayuda de un especialista que le ayude a recuperar un estado lo más normal en su vida.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el conocimiento de estas fases a tener en cuenta a la hora de tratar con este tipo de conducta es muy importante.

Tratar cada caso de manera individualizada tanto a la hora de trabajar con la persona afectada como con su entorno más cercano que será fuente de información

y de gran ayuda a la hora de comprender las situaciones y del porqué de esas alteraciones.

Hemos de tener en cuenta la prestación de un apoyo constante, facilitar herramientas y situaciones para que el afectado pueda sobreponerse a ese miedo, fobia, ansiedad, duelo o situación que le afecte a poder sobrellevarlo y superarlo.

6 Bibliografía

<https://transparenciafiscal.edomex.gob.mx/sites/transparenciafiscal.edomex.gob.mx/files/files/02060803.pdf>

<https://www.elrincondelcuidador.es/psicologia/ira-en-personas-mayores-por-que-ocurre-como-tratarla>

<https://psicologia.ucm.es/data/cont/docs/29-2013-07-18-Objetivos%20y%20Competencias.pdf>

<https://mobiroderic.uv.es/bitstream/handle/10550/72471/TD%20CAROL%20PINAZO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

www.psicologodecabecera.com

www.msmanuals.com

Apoyo psicológico al paciente (ilerna online)

Capítulo 163

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DEL APARATO URINARIO

FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO

JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO

JAIME PONCE ALFARO

RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA

MARIA CORTES MOLINA TORRALBA

1 Introducción

El ser humano dispone de dos riñones, los cuales se sitúan en las fosas lumbares, a ambos lados de la columna (entre la duodécima vértebra dorsal y la tercera vértebra lumbar) y detrás del peritoneo

El aparato urinario es un sistema cerrado que posibilita la salida de los desechos urinarios desde los riñones recogida por la pelvis renal y con dirección en última instancia hacia la vejiga y finalmente a través de la uretra hasta el exterior. Cabe destacar que en condiciones normales, todo este sistema es estéril, excepto la uretra. El sistema urinario está formado por unas estructuras que tienen como finalidad principal agrupar de todo el organismo las sustancias de desecho derivados

de los procesos bioquímicos y metabólicos que permiten el mantenimiento de la vida, estas estructuras podemos clasificarlas por orden descendente en: Riñones, Uréteres, Vejiga, Uretra.

Como suele suceder en el resto de aparatos del cuerpo humano ya sea circulatorio, respiratorio, etc., en el sistema urinario una de las complejidades más habituales y periódicas que aparecen son las infecciones. Las cuales podremos definir como: “infecciones recurrentes que suelen ocurrir cuando acceden bacterias a la uretra, normalmente suelen ser de la piel o el recto, e infectan las vías urinarias. Pueden afectar a distintas partes de las vías urinarias, pero la infección de vejiga (cistitis) es la infección más común”.

2 Objetivos

Conocer algunas las múltiples patologías que afectan de manera más frecuentemente al aparato urinario de una persona, mencionar técnicas y protocolos utilizados a la hora de aliviar este tipo de patologías.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación la cual consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, publicaciones científicas, consulta de distintos artículos de distintas bases de datos médicas y de ámbito del área psicológica, siendo seleccionados artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para hablar de las patologías más frecuentes del aparato urinario, hemos de comenzar por explicar aunque de forma abreviada el funcionamiento de este sistema, como está organizado y partes que lo componen. El riñón se compone de distintas partes o zonas: la zona cortical, zona medular, cálices menores, cálices mayores y la pelvis renal. La unidad funcional del riñón se denomina nefrona, en cada riñón existen en torno a un millón de nefronas que a su vez contienen glomérulos, que son los lugares concretos donde se produce la depuración y filtrado. Este entramado de capilares permite la filtración del plasma sanguíneo,

en la corteza renal se encuentra el 75%. El proceso de formación de la orina lo subdividiremos en cuatro partes las cuales son:

- Filtración glomerular.
- Reabsorción tubular.
- Secreción tubular.
- Almacenaje de la orina.

La orina es una sustancia líquida transparente de color amarillo/ambar. la intensidad de su coloración depende de la concentración de esta, dependiendo de la enfermedad que pueda sufrir el paciente, el color puede ser más intenso, pálido incluso turbia en los casos de infección o alcalinidad. Se expulsan diariamente en torno a unos 1.500 centímetros cúbicos de orina.

Las patologías que suelen ser más frecuentes en el aparato urinario entre otras son:

- Insuficiencia Renal. Esto sucede cuando el riñón limita su capacidad de funcionamiento, lo que conlleva que disminuya la filtración glomerular y de la cantidad de orina.
- Fracaso renal agudo. En este caso el peligro para la salud del paciente es superior, dado que la actividad renal se detiene de forma brusca y prolongada
- Cólico Nefrítico. Esta patología está causada por cálculos renales, cuando se expulsan rozan las paredes interiores del aparato urinario lo que conlleva un dolor intenso tanto en la zona de los riñones como en la de los genitales a la hora de miccionar, esta última fase puede darse acompañada de sangre a través de la orina por el roce producido por el cálculo en las paredes interiores.
- Uretritis. Esta patología corresponde a una inflamación de las paredes de la uretra.
- Cistitis. La cistitis corresponde a una inflamación del contorno de las paredes de la vejiga, normalmente suele ser por infecciones bacterianas.

Uno de los recursos más usados en el alivio de ciertas patologías de origen urinario es la del sondaje vesical el cual puede ser, temporal, permanente o intermitente. Este procedimiento siempre será prescrito por el médico, este método consiste en la canalización de una sonda por la uretra hasta la vejiga, esta técnica tiene diversas finalidades, tales como expulsión de orina, obtener muestras estériles, irrigar la vejiga, introducir medicación etc.

PROTOCOLO PARA EL SONDAJE VESICAL

- 1 Se le explicará al paciente el procedimiento y se le dará toda la intimidad posible.
- 2 Se procede al lavado de manos, preparar el material de higiene genital y colocarse los guantes.

3 Si es mujer, la colocación de la paciente será en decúbito supino con las piernas flexionadas. Mientras que si es un hombre, se colocará en posición decúbito supino.

4 En primer lugar se le realizará una higiene genital y perineal. Una vez terminada, se desecharán los guantes no estériles con los que hemos realizado la higiene.

5 Se procede a preparar el equipo y el campo para el sondaje: abrir las bolsas de la sonda, pinzas, antiséptico, lubricante, gasas y una batea estéril.

6 Intentar que el paciente esté relajado indicándole que inicie respiraciones profundas.

7 Proceder a entregarle el material al DUE, según lo solicite.

8 Cuando la sonda es permanente, se une al tubo colector de la bolsa de diuresis. Hay que llenar el globo para fijarla.

9 La bolsa se colocara en un soporte en la cama siempre mas abajo que el paciente y verificaremos que los tubos no se enreden o impidan la realización de la técnica.

10 En ocasiones si hace falta, fijar la bolsa con esparadrapo al muslo del paciente para que no tire de ella cuando se mueva en la cama.

11 Recoger el material, acomodar al paciente y registrar técnica e incidencias. La sonda permanente se cambia cada quince o veinte días (las de silicona, de dos a cuatro meses). Como mínimo, se realiza la higiene genital y de la sonda una vez al día. La bolsa colectora se vacía cuando se llenen dos tercios de su capacidad y se mantiene siempre por debajo de la vejiga para evitar reflujos. El sondaje permanente no debe desconectarse para evitar infecciones y, si se debe recoger una muestra, se hace con la zona indicada. Cualquier cambio de coloración, olor, cantidad o sedimento de la orina debe ser informado al enfermer@. El sondaje vesical puede presentar complicaciones, como la creación por traumatismo de una falsa vía, retención urinaria, infección urinaria ascendente, presencia de hematuria posterior al sondaje o UPP en la zona de inserción por fijación inadecuada.

PROTOCOLO DE CAMBIO DE BOLSA

1 Explicaremos el procedimiento al paciente en todo momento, nos lavaremos las manos y colocaremos los guantes.

2 Colocamos una pinza de Kocher en la sonda para no manchar la cama y para que no se dé reflujo en la vejiga por efecto sifón.

3 Pinzar el tubo de la bolsa y evitar derrames.

4 Preparar una gasa embebida en antiséptico.

5 Separar la sonda del tubo de la bolsa y proteger el extremo con la gasa para evitar cualquier riesgo de contaminación.

6 Retirar el capuchón del tubo de la nueva bolsa y conectarla a la sonda.

- 7 Colocar la bolsa en su soporte de la cama.
- 8 Medir la cantidad de orina recogida en la bolsa, registrarla en la gráfica y tirar la bolsa.
- 9 Registrar técnica, incidencias y estado del paciente.

PROTOCOLO DE VACIADO DE BOLSA

- 1 Explicar al paciente qué se le va a hacer.
- 2 Lavarse las manos y colocarse guantes.
- 3 Abrir el dispositivo de la parte inferior de la bolsa y vaciar el contenido en el recipiente correspondiente.
- 4 Cerrar el dispositivo y limpiar los posibles restos con una gasa.
- 5 Quitarse los guantes y lavarse las manos.
- 6 Si es necesario realizar un control de diuresis, anotar en la hoja de registro la cantidad de orina recogida.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión podemos determinar que las patologías más frecuentes del aparato urinario siguen siendo una de las afecciones más comunes de infección tanto a nivel de hospitalización considerada una de las infecciones nosocomiales más frecuentes como a nivel en particular domiciliaria, convirtiéndose en una preocupación importante la cual causa una carga personal y social sustancial debida tanto a su prevalencia como a la capacidad de ciertos microorganismos de resistencia a determinados fármacos.

A la hora de intervenir en la técnica del sondaje vesical hemos de ser muy cuidadosos, respetando en todo momento los protocolos, campos estériles con el fin de que no se produzca ningún tipo de contaminación que pueda entorpecer, retrasar, o incluso retroceder el proceso de curación de la persona.

6 Bibliografía

- https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-trastornos-uritarios/?utm_content=cmp-true
- <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/sp/uti.html#:~:text=Las%20infecciones%20urinarias%20son%20infecciones,es%20el%20tipo%20m%C3%A1s%20com%C3%BAn.>
- Libro cuidados Básicos de Enfermería ILERNA <https://psicologiyamente.com/salud/proceso-formacion-orina>

<https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/513/1176#:text=En%20conclusi%C3%B3n%20se%20determina%20que,debida%20tanto%20a%20su%20prevalencia>

Capítulo 164

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL APOYO A LA MUJER LACTANTE

NURIA CEPEDAL FERRER

EMÉRITA ALLENDE ELVIRA

1 Introducción

La lactancia materna exclusiva es recomendada por organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF. Apoyan que sea mantenida durante los primeros seis meses de vida y que se comienza durante la primera hora de vida siendo a demanda y de esa manera se evitaría el uso de fórmulas infantiles.

Cada vez son más los estudios que avalan los beneficios de la lactancia materna no sólo para el bebé, sino para la mujer lactante. Afirman que las ventajas de dar el pecho para las madres empiezan desde la primera toma.

Últimamente, parece estar de moda la “hormona de la felicidad”, la oxitocina. En cuanto hay el primer contacto piel con piel (CPP), el cuerpo de la mujer segrega gran cantidad de oxitocina.

La oxitocina, además de prevenir hemorragias, porque favorece la contracción uterina. Ya en la antigüedad, se hablaba de que cuando una mujer sufría hemorragias, rápidamente le colocaban al bebé en el pecho. En ese momento, el cuerpo

generaba oxitocina, aumentaba las contracciones uterinas y disminuía la hemorragia, en consecuencia, también protege de la anemia ferropénica. Además de eso, es necesario comentar a las madres que tengan dudas sobre la lactancia que dicha hormona tiene un efecto antidepresivo. Basándose en la evidencia, se mostró que madres con mayor concentración de oxitocina presentaban menores síntomas de ansiedad y depresión. Durante la lactancia, la oxitocina favorece a la calma, reducción de estrés y de presión sanguínea. También, se dice que aumenta el umbral de dolor. Luego, cuanto mayor sea la duración de la lactancia, mayores serán los beneficios para la salud de la madre. Más adelante se desarrollará que a nivel físico reduce el riesgo de enfermedad cardíaca y diabetes mellitus tipo 2, entre otros.

2 Objetivos

- Exponer las correctas actuaciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) para dar soporte a las mujeres embarazadas en el manejo y conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio, se ha llevado a cabo una investigación que consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica que avale el trabajo. Para ello, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos recolectados de diferentes bases de datos como Pubmed, Medline, Scielo y Google académico.

Keywords/palabras clave: “benefits of breastfeeding” / “beneficios de la lactancia materna”.

4 Resultados

La OMS afirma que la lactancia materna tiene múltiples beneficios para la madre como para el recién nacido. Asegura que reduce la mortalidad infantil y sus beneficios sanitarios llegan hasta la edad adulta.

Los beneficios para la mujer se han empezado a ver ahora, en los últimos años, de forma sorprendente, las mujeres que amamantan tienen menor riesgo de cáncer de mama, entre otros.

Beneficios en la Salud Física.

Puede disminuir el cáncer de mama hasta en un 20%, disminuir el riesgo de cáncer de ovario y favorecer la protección frente a enfermedades cardiovasculares o disminuir la aparición de diabetes mellitus tipo 2.

Durante el proceso de producción láctea, se producen cambios estructurales en el tejido mamario. De esta manera se limita que las células mamarias sufran mutaciones y, por consiguiente, se limita el riesgo de cáncer de mama. Además, como beneficio a sumar, la lactancia disminuye la producción de estrógenos y por consiguiente reducción del riesgo de cáncer de seno.

Las investigaciones demuestran que dar el pecho es beneficioso para reducir el riesgo de diabetes en la madre y el recién nacido. Descubren que la hormona encargada de la secreción láctea, la prolactina, en las madres lactantes promueve además de la producción de leche, la estimulación de insulina por parte de las células β -pancreáticas, regulando de esta manera la glucemia.

Como se ha comentado anteriormente el TCAE, debe hablar a la mujer de que la lactancia materna favorece, cuando aumenta la edad, la disminución de enfermedades cardiovasculares, tales como la disminución de infarto agudo de miocardio, síndrome metabólico, diabetes y obesidad.

Beneficios en la salud mental.

Los TCAE deberían hablar a la mujer embarazada de que amamantar al bebé podría reducir el riesgo de la temida depresión postparto. Algunos estudios avalan la cifra de que incluso se puede reducir en un 50% la depresión postparto con el comienzo de la lactancia. Además, se asegura que la protección que oferta la lactancia contra la depresión aumenta cuanto más se prolonga el tiempo de amamantamiento. Crean los científicos que la liberación de hormonas, que se liberan al succionar el bebé, produce sensación de bienestar. De nuevo, la oxitocina, es la gran responsable de este beneficio.

La lactancia favorece la capacidad de entendimiento con el bebé, la mirada, la complicidad durante la toma.

Estos beneficios aumentarán la autoeficacia de la madre.

Laboralmente, si la madre se pone menos enferma, acudirá más a su centro de trabajo con lo que se ve reducido el absentismo laboral.

5 Discusión-Conclusión

A veces, se pasan por alto los beneficios que la lactancia materna aporta a las madres. Disminuyendo el riesgo de cáncer de ovario y mama, la obesidad y la diabetes tipo 2. Ofreciendo, además beneficios diarios, tales como reducir el estrés y favorecer el vínculo afectivo con el recién nacido, los cuales generan un

impacto en la salud en general. Luego la lactancia materna, es una estrategia de intervención para la salud de la mujer a largo plazo.

La lactancia materna a nivel medioambiental también tiene ventajas, no deja residuos y no requiere de ningún transporte.

Todo esto conlleva que presenta una reducción del gasto sanitario. Si tanto los niños como la madre van a estar más saludables, harán menos ingresos hospitalarios. Al igual que el gasto económico familiar también va a disminuir, ya que un bebé que toma fórmula gastaría unos 1000€/año.

Como resumen, se puede decir que hay una reducción sustancial del gasto sanitario, del coste sociolaboral, reducción del gasto familiar y ventajas de salud no sólo para el bebé, sino también se ha demostrado que la madre disfrutará de ventajas. Luego, la lactancia materna es una estrategia que el TCAE junto con la ayuda del equipo de salud debe fomentar desde los servicios de salud.

6 Bibliografía

1. Del Ciampo, L. A., & Del Ciampo, I. R. L. (2018). Breastfeeding and the benefits of lactation for women's health. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia: Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, 40(6), 354–359. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657766>
2. De la Asociación Española de Pediatría, C. de L. M. (s/f). LACTANCIA MATERNA, EL MEJOR INICIO PARA AMBOS. Aeped.es. Recuperado el 6 de agosto de 2023, de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201701-lactancia-materna-mejor-ambos.pdf>
3. Hernández Magdariaga, A., Hierrezuelo Rojas, N., González Brizuela, C. M., Gómez Soler, U., & Fernández Arias, L. (2023). Conocimientos de madres y padres sobre lactancia materna exclusiva. *Medisan*, 27(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192023000200001&script=sci_arttext&tlng=pt

Capítulo 165

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

AZUCENA GOMEZ MIGUEL

1 Introducción

Un paciente psiquiátrico ingresado es aquel que se refiere a una persona que ha sido hospitalizada en una unidad especializada en salud mental debido a trastornos psiquiátricos significativos que necesitan un cuidado y tratamiento intensivo. Estos trastornos pueden incluir trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad, etc.

El ingreso de un paciente psiquiátrico tiene como objetivo proporcionar un entorno seguro y estructurado donde se pueda evaluar, diagnosticar y tratar adecuadamente su condición. Durante su estancia en la unidad psiquiátrica, el paciente recibirá atención multidisciplinaria de un equipo de profesionales de la salud mental, la cual incluye psiquiatras, psicólogos, enfermeras especializadas en salud mental y trabajadores sociales.

El ingreso psiquiátrico ofrece numerosos beneficios para el paciente. Proporciona una supervisión constante y una atención personalizada para controlar los síntomas, prevenir riesgos y promover la estabilización. También permite ajustar y optimizar la medicación, proporcionar terapia individual o grupal, y brindar apoyo emocional y educación sobre la enfermedad mental.

Durante el ingreso, se pueden llevar a cabo distintas intervenciones terapéuticas tales como la terapia cognitivo-conductual, la terapia ocupacional, la terapia de grupo y programas de rehabilitación psicosocial. El objetivo es ayudar al paciente

a adquirir herramientas para manejar sus síntomas, promover su recuperación y fomentar la reintegración en la comunidad una vez se haya alcanzado la estabilidad.

Es imprescindible destacar que el ingreso psiquiátrico no debe verse como una medida estigmatizante, sino como un recurso valioso para proporcionar una atención especializada y mejorar la calidad de vida del paciente. Se busca proporcionar el tratamiento necesario y el apoyo emocional adecuado para abordar los desafíos de salud mental y promover el bienestar general del individuo.

2 Objetivos

El objetivo principal es conocer la importancia del oficio del TCAE en la unidad de psiquiatría en las múltiples funciones que debe realizar.

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 tales como PubMed, Medline, Cielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema a estudiar.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) realiza una labor fundamental en el manejo del paciente psiquiátrico ingresado, trabajando en estrecha colaboración con el equipo multidisciplinario de salud mental. A continuación, explicaremos las distintas funciones del TCAE en este departamento:

- Apoyo en la atención diaria: El TCAE brinda apoyo en la atención diaria del paciente psiquiátrico, asistiéndolo en su higiene personal, alimentación y movilidad. Ayuda al paciente a realizar actividades básicas de la vida diaria y se asegura de que se sienta seguro y cómodo.
- Observación y registro: El TCAE realiza observaciones regulares del paciente, registrando cambios en su estado de ánimo, comportamiento y síntomas. Esto ayuda al equipo de salud mental a evaluar la respuesta al tratamiento y a tomar decisiones clínicas adecuadas.

- Participación en terapia grupal:el TCAE puede colaborar en las sesiones de terapia grupal,facilitando la participación del paciente y proporcionando apoyo emocional.Ayuda a crear un ambiente seguro y de confianza,fomentando la comunicación y la expresión de emociones.
- Apoyo en la terapia ocupacional:el TCAE puede participar en las actividades de terapia ocupacional diseñadas para promover la recuperación y el desarrollo de habilidades.Esto puede incluir talleres de arte,música,ejercicio físico o actividades recreativas que fomenten la participación del paciente y su bienestar general.
- Prevención de riesgos y contención física:en situaciones de crisis,el TCAE puede colaborar en la prevención de riesgos para el paciente y su entorno.Bajo la dirección del personal de enfermería y siguiendo los protocolos establecidos,puede ayudar en la contención física del paciente para garantizar su seguridad y la de los demás.
- Colaboración en la administración de medicación:el TCAE puede colaborar en la administración de medicamentos,bajo la supervisión y dirección del personal de enfermería.Esto conlleva la preparación de los medicamentos,el control de la toma correcta de los mismos y el registro de la administración.
- Comunicación y apoyo al paciente:el TCAE desempeña un papel fundamental en la comunicación con el paciente,brindando apoyo y escucha activa.Puede proporcionar información básica acerca del proceso de hospitalización y ayudar al paciente a comprender y cumplir con las indicaciones del equipo de salud mental. Es fundamental destacar que el TCAE debe seguir los protocolos y directrices establecidas por el personal de enfermería y actuar de manera coordinada con el equipo multidisciplinario de salud mental.Su labor contribuye al cuidado integral y al bienestar del paciente psiquiátrico ingresado.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación importante para tratar con el paciente psiquiátrico es tener una actitud empática y respetuosa.El paciente psiquiátrico puede enfrentar desafíos emocionales y comportamentales,por lo que es imprescindible tener comprensión y empatía hacia su situación.También se debe tener una comunicación clara y efectiva,dando apoyo emocional y escucha activa.Es primordial respetar la privacidad y la dignidad del paciente en todo momento, creando un ambiente seguro y de confianza. Trabajar en estrecha colaboración con el equipo de salud mental, seguir los protocolos establecidos y actualizar continuamente los conocimientos, son algunas de las recomendaciones fundamentales para propor-

cionar una atención de calidad y contribuir al bienestar del paciente psiquiátrico.

6 Bibliografía

Investigación, R. S. (2022, December 31). Funciones del TCAE en la unidad de salud mental hospitalaria. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tcae-en-la-unidad-de-salud-mental-hospitalaria/>

Ocronos, R. (2021a, December 16). El rol del TCAE en pacientes con trastornos mentales. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/tcae-pacientes-trastornos-mentales/>

Ocronos, R. (2021b, December 20). Las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en una comunidad terapéutica de Salud Mental. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-salud-mental/>

Capítulo 166

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

RAQUEL MARÍN PEÑA

ANGELES SANCHEZ MESEGUER

ANA CELIA MENDOZA ARCAS

CELIA LISON MARTINEZ

PAMELA MARTÍNEZ CARPENA

1 Introducción

Las UPP se definen como una lesión isquémica, que ocasionada en el tejido epidermoide que provoca una pérdida de las diferentes capas cutáneas y tejidos circundantes, cuyo mecanismo de producción es debido a las fuerzas de presión; cizallamiento o fricción entre dos superficies, una de las cuales corresponde al paciente y la otra a elementos que entran en contacto con la superficie corporal del mismo.

Las úlceras por presión están relacionadas con la baja movilidad de la persona, de modo que una persona mayor inmovilizada aparece como un paciente de alto riesgo en desarrollarlas. Existen diferentes factores de riesgo de las úlceras por

presión como falta de oxígeno y nutrientes en un área de la piel además la diabetes, la pérdida de peso, la incontinencia y las infecciones. Reduce considerablemente la calidad de vida del paciente y es por ello que se considera un problema sociosanitario.

Cualquier persona que pase demasiado tiempo en cama o inmovilizada tiene riesgo de padecerlas. Además las úlceras por presión son un claro indicador vinculado a la calidad de los cuidados que recibe el paciente. Las úlceras por presión pueden poner en riesgo la vida del paciente pudiendo llegar a ocasionarle la muerte.

Las úlceras por presión se pueden evitar desde la información y prevención del cuidador principal. Es en las residencias de la tercera edad donde se suelen ocasionar el mayor número de úlceras por presión debido al colapso de estos pacientes y los reducidos recursos existentes.

2 Objetivos

- Dar a conocer la prevención de la aparición de las UPP en personas de riesgo.
- Conocer indicaciones y recomendaciones sobre la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
- Colaborar en la identificación de pacientes con riesgo de desarrollar úlceras cutáneas.

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.

4 Resultados

En función de la zona en la que se producen las úlceras por presión estas las podemos clasificar por grados o estadios. Úlceras por presión Grado I o estadio I: Existe un eritema de alrededor de 1,5 centímetros aunque la epidermis se encuentra intacta, es un eritema que no cesa cuando se deja de hacer presión en la

piel.

Úlceras por presión Grado o estadio II: En este grado la dermis y epidermis se encuentran afectadas con signos de vesículas, piel agrietada, abrasión. El diámetro de estas úlceras superan el 1,5 centímetros, la fricción ocasionada produce una necrosis en la epidermis.

Úlceras por presión en Grado III: En este estadio ya existe una lesión mas profunda, la piel pierde continuidad, la lesión es similar a un cráter, ya hablamos de escara y es dolorosa. Existe muerte celular. Úlceras por presión Grado IV: En este Estadio la úlcera ya ha llegado hasta el punto de dejar al descubierto músculo, hueso, tendones. Estas úlceras se pueden acompañar de un exudado como consecuencia de un proceso inflamatorio y mal olor debido a la necrosis producida. Para poder prevenir las úlceras por presión existen unas escalas donde nos indica la probabilidad que tiene el paciente de sufrir úlceras por presión. Las escalas son Arnell, Nova 5, Emina, Waterlow, Norton y Braden. En la actualidad las más utilizadas son la de Braden y Norton. En la escala Braden nos indica que una puntuación Menor o igual a 12 existe un alto riesgo de sufrir úlcera por presión. Riesgo moderado una puntuación entre 13 y 14. Bajo riesgo entre 15 y 18. La escala Norton nos indica un riesgo muy alto una puntuación de 5 a 9. Riesgo alto, una puntuación de 10 a 12. Riesgo medio de 13 a 14 puntos y riesgo mínimo con una puntuación mayor de 14.

Realiza la valoración a través de las distintas escalas se realiza un plan de cuidados individual para prevenir la posible aparición de estas úlceras.

5 Discusión-Conclusión

Se debe de mantener una higiene de la piel para que se encuentre limpia y seca en todo momento. Se debe de lavar la piel con agua templada, aclarando y secando cuidadosamente sin frotar utilizando jabones con un pH neutro sobre ellas o en heridas, rozaduras, vesículas, especialmente en las prominencias óseas (sacro, talones, caderas, codos etc.). Aplicar cremas hidratantes hasta su completa absorción (excepto donde haya heridas). Aprovechar el momento del aseo para examinar el estado de la piel en busca de zonas enrojecidas después un rato sin estar apoyado. Se debe identificar si la zona de la piel se encuentra seca, eritematosa, con exoriaciones, etc. Es muy importante el nivel de actividad y deambulación, así como un abanico de posibles movimientos. Es el auxiliar de enfermería quien se encargara de proporcionar cuidados auxiliares al paciente por indicación del personal sanitario titulado (DUE). La (DUE) se encargará de eliminar el tejido necrótico de la úlcera por el método desbridamiento, si se sospecha infección,

mandar realizar un cultivo y por prescripción médica administrar un antibiótico y cambio de apósito con frecuencia. En ocasiones las pomadas antibióticas, acaban generando resistencia en tratamientos largos, la herramienta más eficaces son el apósito de plata y desbridamiento. Es importante informar al cuidador de cómo evitar o prevenir los errores más frecuentes en personas mayores con deterioro importante. Cualquier síntoma que se note a la persona mayor en la zona afectada: cambio de olor, fiebre, enrojecimiento, el exudado sobrepasa el borde del apósito se le informara al equipo sanitario

6 Bibliografía

- Aranton Arecosa I, Bermejo Martínez M, Manzanero López E, Salvad
- Aranton Arecosa I, Bermejo Martínez M, Manzanero López E, Salvador Moran MJ, Segovia Gómez E, Ulceras por presión Prevención y tratamiento. Madrid: Mayo 2010 - Técnicas básicas de enfermería McGraw-Hill.

Capítulo 167

ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

RAQUEL MARÍN PEÑA

ANGELES SANCHEZ MESEGUER

ANA CELIA MENDOZA ARCAS

CELIA LISON MARTINEZ

PAMELA MARTÍNEZ CARPENA

1 Introducción

Durante años se han llevado a cabo procedimientos quirúrgicos sencillos en las consultas médicas. Ha sido una idea constante el evitar al paciente quirúrgico una innecesaria hospitalización.

En España, este tipo de cirugía de inicio su desarrollo a partir de la década de los 90. Se crea el concepto de CMA (cirugía menor ambulatoria), que es un modelo organizativo en el que se abarca una asistencia quirúrgica multidisciplinar, en la cual se permite tratar a pacientes de una forma eficiente y efectiva, sin necesidad de ocupar una cama de hospitalización tradicional.

La CMA es una de las innovaciones más relevantes que afectan al proceso asistencial hospitalario del paciente quirúrgico, ya que con este modelo de atención

quirúrgica se le permite al paciente pasar la noche anterior a la cirugía en su domicilio.

Con este tipo de intervenciones “locales” no solo se beneficia el propio paciente sino también los centros hospitalarios debido a que se disminuyen los costes. En este tipo de ingresos se realizan en el mismo día de la intervención y son dados de alta en el mismo día. A no ser que exista una complicación en la cirugía y el paciente se deba quedar ingresado por causas mayores

2 Objetivos

- Describir la utilización de la unidad de cirugía menor ambulatoria CMA
- Describir los procedimientos quirúrgicos que se realizan en esta unidad.

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

4 Resultados

Los procedimientos quirúrgicos que pueden ser incluidos y realizados en cirugía menor ambulatoria, son aquellos procedimientos, que bajo anestesia local no necesitan ningún cuidado postoperatorio.

Hay que tener en cuenta una serie de consideraciones básicas con respecto a los procedimientos quirúrgicos que se realicen en la CMA:

- En el caso de que el procedimiento quirúrgico se realice bajo anestesia general esta no debe de sobrepasar los 90 minutos de duración, solo se pueden rebasar estos tiempos en el caso de anestesia regional o local.
- El riesgo de que el paciente sufra una hemorragia deben de ser mínimos.
- El dolor del postoperatorio debe ser controlado sin necesidad de analgésicos vía intravenosa.

Los procedimientos que se realizan habitualmente en las Unidades de CMA son los siguientes:

Cirugía general.

Reparación de hernia inguinal, umbilical etc.

- Extirpación de sinus pilonidal.
- Cirugía de la fisura anal.
- Cirugía de la fístula perianal no compleja.
- Cirugía de las hemorroides.
- Extirpación de pólipos rectales.
- Extirpación de tumoraciones benignas de la mama.
- Extirpación del conducto tirogloso.
- Extirpación de glándulas salivales sublinguales o submaxilares.
- Extirpación de quistes o fistulas branquiales.

- Cirugía torácica.

- Biopsia de pulmón y pleura.
- Toracoscopia.
- Mediastinoscopia.
- Mediastinotomía.

- Cirugía vascular.

- Tratamiento de las varices.
- Ligadura endoscópica de venas perforantes.
- Accesos vasculares para hemodiálisis.

- Cirugía maxilofacial.

- Cirugía sobre senos maxilares.
- Extracción de cordales.
- Cirugía periodontal.

- Otorrinolaringología.

- Adenoidectomía.
- Amigdalectomía.
- Septoplastia.
- Extirpación de pólipos de las cuerdas vocales.
- Miringoplastia.
- Miringotomía.

· Extirpación de pólipos nasales.

· Biopsia de laringe.⁷¹

· Biopsia de oído.

- Oftalmología.

- Dacriocistectomía.
- Cirugía sobre el polo anterior del ojo.

- Cirugía de la catarata.
 - Cirugía del estrabismo.
 - Trasplante de córnea.
 - Ortopedia y traumatología.
 - Biopsia ósea.
 - Biopsia articular.
 - Extracción de material de osteosíntesis.
 - Cirugía de Hallux Valgus.
 - Artroscopia.
 - Liberación del túnel carpiano.
 - Descompresión de Quervain.
 - Tratamiento de la enfermedad de Dupuytren.
 - Extirpación de gangliones.
 - Escisión de exóstosis.
 - Urología.
 - Biopsia de testículo.
 - Circuncisión.
 - Orquidopexia.
 - Orquiectomía.
 - Hidrocelectomía.
 - Cirugía de la carúncula uretral.
 - Colpo suspensión para la incontinencia urinaria.
 - Procedimientos endoscópicos: diagnóstico uretero-cistoscópico, biopsia de vejiga, dilatación ureteral.
 - Ginecología.
 - Conización cervical.
 - Ligadura de trompas.
- 72 Tema 3. Atención del TCAE en cirugía mayor ambulatoria
- Laparoscopia diagnóstica.
 - Histeroscopia.
 - Dilatación cervical.
 - Legrado uterino.
 - Interrupción del embarazo.
 - Anestesiología.
 - Tratamientos del dolor: bloqueos, neurolisis, etc.
 - Miscelánea.
 - Procedimientos de radiología intervencionista.
 - Procedimientos de hemodinamia.

5 Discusión-Conclusión

La preparación adecuada del paciente permite una seguridad mayor en este tipo de cirugía, y una mejor aceptación de la misma por las personas implicadas. El éxito de la cirugía ambulatoria depende en gran medida de la concesión del alta al paciente en el momento adecuado. Debe evitarse el alta prematura de pacientes que luego pueden desarrollar complicaciones postoperatorias que obliguen a un ingreso no programado. En el momento del alta, el paciente debe estar clínicamente estable y ser capaz de permanecer en reposo en casa bajo la supervisión de un adulto responsable. Cada paciente, antes de abandonar el hospital, debe recibir instrucciones por escrito entre las que se incluya el acudir a un médico apropiado si se presentan complicaciones.

Aquellos pacientes que han recibido anestesia local o regional sola o con una mínima sedación con fármacos de corta duración, pueden ser transferidos desde el quirófano de recuperación.

Antes, el anestesiólogo debe comprobar que el paciente respira, está alerta, responde, tiene los signos vitales estables, puede moverse con mínima asistencia, tiene un dolor bien controlado y no tiene náuseas ni vómitos

6 Bibliografía

Enfermero P por: D. Enfermeras de cirugía mayor ambulatoria [Internet]. Noticias de enfermería y salud. 2016. Disponible en: <http://diarioenfermero.es/enfermeras-decirugia-mayor-ambulatoria-3/>

Capítulo 168

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ASEO DE PACIENTES CON SONDA VESICAL

RAQUEL MARÍN PEÑA

ANGELES SANCHEZ MESEGUER

ANA CELIA MENDOZA ARCAS

CELIA LISON MARTINEZ

PAMELA MARTÍNEZ CARPENA

1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica basada en la introducción de una sonda vesical desde la vejiga urinaria atravesando el meato urinario hasta llegar a la uretra para facilitar así el vaciado de la misma. Una sonda vesical es un mecanismo tubular muy delgado que su finalidad es la de ayudar en la excreción de la orina.

Los casos en los que se emplea un sondaje vesical suelen ser: Retención urinaria por obstrucción de la uretra. Cuando el paciente, no puede expulsar los desechos del metabolismo al exterior por sí solo, es el médico el que prescribe este tratamiento. Puede ser permanente (permanece en la vejiga) o temporal (tiempo definido). Según su tiempo de permanencia puede ser Sondaje intermitente después de realizar el sondaje se retira el catéter. Sondaje temporal es aquel en el

que el paciente permanece un corto periodo de tiempo definido con el catéter. Sondaje permanente es aquel en el que paciente debe de llevar el catéter indefinidamente.

Un sondaje vesical se suele emplear cuando existe una obstrucción en la uretra y hay una retención de orina, en intervenciones quirúrgicas cuando es necesario utilizar el medio de lavados continuos con glicina. También se utiliza para el control de diuresis del paciente.

Las sondas vesicales las podemos encontrar en diferentes calibres tanto para hombres como mujeres.

Las sondas urinarias generalmente van conectadas a unos colectores que son de dos tipos: -Sistema cerrado: se utilizará si se piensa que el sondaje durará más de 48 horas. Es el más completo y seguro. Su mecanismo dificulta la infección bacteriana. Contiene un grifo en la parte inferior que permite evacuar la orina. - Sistema abierto: cuando se prevea un sondaje inferior a 48 horas, o en situaciones específicas como hematurias.

2 Objetivos

Objetivo principal: - Conocer y analizar los distintos tipos de lavados vesicales. Objetivos secundarios: - Estudiar el objeto de los lavados vesicales. - Observar los procedimientos o protocolos de los distintos tipos de lavados vesicales. - Puntualizar las funciones del TCAE en estos protocolos. Exponer algunos de los aspectos clave a tener en cuenta por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el proceso de sondaje vesical.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda y revisión bibliográfica a cerca de técnicas de sondaje vesical en enfermería en las principales bases de datos y en los siguientes buscadores: Google Académico y The Cochrane Library. De esta forma se ha extraído la información necesaria para llevar a cabo este trabajo.

4 Resultados

Existen dos tipos de sondaje: 1. Sondaje permanente con una duración de más de 30 días (ej.: pacientes con retención crónica de orina) o de corta duración de menos de 30 días (ej.: sondaje hospitalario). 2. Sondaje evacuador es donde el

catéter se retira una vez se haya vaciado la vejiga. Preparación del paciente. – Al paciente se le explica el procedimiento al y le intentamos pedir su colaboración. - Proporcionar intimidad. - Colocar al paciente en decúbito supino con las rodillas flexionadas si es mujer. Si es hombre, de forma que quede expuesto el meato urinario. - Lavar la zona genital. - Desinfectar con antiséptico. Material - Sonda o catéter vesical, n.º calibre. - Guantes estériles. - Paños estériles. - Gasas estériles. - Urinómetro. - Agua destilada. - Lubricante urológico - Clorhexidina como antiséptico. - Jeringa de 10 cc. Una vez realizado el sondaje vesical, se comprobará la cantidad de orina, si esta es > 500cc se pinzará la sonda.

No elevar la bolsa colectora por encima del nivel de la sonda. Contraindicación del sondaje vesical - Cuando existen heridas en uretra asociada a traumatismos pélvicos. - Si existe el fundamento de una rotura uretral. - En prostatitis aguda. - Cuando existe la presencia de sangre en el meato o hematuria franca asociada a un traumatismo. - Como contraindicaciones relativas están las estenosis uretrales y la cirugía reciente del tracto urinario.

La enfermera junto con la auxiliar son las que se encargan en la realización de esta técnica. Son las responsables de la inserción, mantenimiento y retirada del catéter vesical, así como de la prevención de complicaciones que pueda ocasionar la misma como pueden ser las infecciones urinarias. Las infecciones urinarias nosocomiales es uno de las complicaciones más frecuentes en el proceso del sondaje vesical, pudiéndose evitar en el 50% de los casos. Por ello los profesionales de enfermería son un pilar básico para la prevención de las mismas. Para evitar dichas infecciones se describen a continuación diferentes cuidados que son llevados a cabo por el personal de enfermería: 1. Mantener una adecuada higiene de la zona genital. 2. No se recomienda el uso de antisépticos para la desinfección del meato urinario, siendo más correcto la utilización de agua y jabón. 3. Realizar movimientos rotatorios de la sonda para evitar adherencias y decúbitos. 4. Mantener siempre el sistema colector por debajo del nivel de la vejiga. 5. Evitar las desconexiones entre la sonda y la bolsa colectora. 6. Evitar las obstrucciones. 7. Evitar que la bolsa colectora esté en contacto con el suelo. 8. Vaciar la bolsa de diuresis antes de superar los 2/3 de la capacidad total

5 Discusión-Conclusión

La sonda vesical debe permanecer en la vejiga el tiempo más corto posible para evitar las posibles complicaciones. Se debe tener un especial cuidado con el cuidado de la sonda. Para cuidar una sonda permanente, se debe limpiar la zona por donde el catéter sale del cuerpo y el catéter mismo con agua y jabón todos

los días. También se debe limpiar la zona después de todas las deposiciones para evitar infecciones. Es recomendable beber líquidos en abundancia para prevenir infecciones. El lavado de manos es fundamental antes y después de manipular el dispositivo de drenaje. Por ello es importante una correcta colocación de la misma y posteriormente un correcto cuidado.

El cateterismo vesical es un proceso que se realiza de manera frecuente por el personal de enfermería por lo que se debe realizar la técnica correcta y mantener los cuidados adecuados para evitar complicaciones. En este trabajo hemos conseguido estudiar algunos cuidados y métodos de la sonda vesical. De esta forma los auxiliares de enfermería desempeñan una labor importante junto con el resto del personal sanitario para no agravar la enfermedad y que no empeore el estado del enfermo y de su familia. Las tareas realizadas por los auxiliares de enfermería tienen como objetivo ayudar al enfermo y generar una satisfacción personal muy positiva, así como, aliviar la sintomatología pertinente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 169

CONSECUENCIAS DE LA TURNICIDAD EN LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL

SORAIMA MARÍA HUERGO FERNÁNDEZ

PILAR LÓPEZ BRAÑA

ANGELA QUIROGA CASTELLANOS

DAVID SUÁREZ GONZÁLEZ

NURIA SANTOS FERNÁNDEZ

1 Introducción

El sueño es una parte fundamental e imprescindible en la vida de las personas. Lejos de ser un periodo del día donde hay un descenso de las funciones biológicas en los organismos humanos, es justamente en ese momento donde existe una importante revolución de actuaciones biológicas destinadas a resetear todas las funciones del cuerpo con la misión de estar de nuevo operativas para el siguiente día.

Es difícil vivir sin comer, es difícil vivir sin hidratación, pero es imposible vivir sin tener un sueño reparador. Cuando a lo largo de la evolución de las especies, esta parte del día en la que estas están en una situación de indefensión persiste durante tantos años de evolución de los individuos, entendemos la importante necesidad de esta parte de recuperación biológica de los individuos.

En muchas patologías neurológicas, uno de los parámetros indicativos de que los tratamientos funcionan es cuando los pacientes vuelven a dormir con normalidad, porque es un síntoma evidente de recuperación neurobiológica.

A lo largo de nuestra vida, los periodos de sueño se van modificando según las necesidades de la etapa de la vida en la que nos encontramos. Así es que, en la primera infancia, los neonatos tienen un periodo de sueño en torno a las 17 horas diarias, este periodo se va reduciendo con el avance de la edad, para llegar a la tercera edad con una necesidad básica de aproximadamente 7 horas diarias.

El sueño en los individuos está considerado un ritmo circadiano que es regulado por la alternancia de las fases de luz y oscuridad del día. Con el descenso de la intensidad lumínica al atardecer, el hipotálamo segrega una hormona, la melatonina, que es la responsable directa de producir la somnolencia en el organismo.

La necesidad de las organizaciones sanitarias por la atención continuada las 24 horas del día durante todos los días del año, obliga a estas a una reorganización del trabajo de los sanitarios en turnos rotativos, para poder cubrir estas necesidades asistenciales. Este reajuste horario hace que los profesionales del hospital deban rotar su turno laboral según unos cronogramas preestablecidos. Este reajuste del horario laboral hace que los profesionales deban reordenar sus biorritmos, entre los que está la parte de sueño, apareciendo con esto unos trastornos de salud que va a disminuir la calidad de vida de estos.

2 Objetivos

El principal objetivo de este estudio es identificar las alteraciones en la salud en los profesionales del hospital, producidas por la aplicación de cronogramas rotativos que incluyen los tres turnos; mañana, tarde y noche.

3 Metodología

Para realizar este estudio se efectuó una revisión bibliográfica de trabajos sobre las consecuencias de salud producidas por la turnicidad horario en los profesionales del hospital. Estos documentos se localizaron en bases de datos especializadas de internet de páginas especializadas como Pubmed, Medline, Cochrane, Schielo.

Las palabras claves utilizadas para esta búsqueda documental han sido: turnicidad, personal hospitalario, patologías.

El periodo de búsqueda documental ha sido entre los meses de junio23 y julio23, y se limitó el periodo de publicaciones entre los años 200 y 2022.

Una primera recolección no permitió identificar 24 trabajos, a los que se aplicaron unos criterios de inclusión/exclusión previamente establecidos, resultando finalmente 8 informes aceptados para este trabajo.

4 Resultados

Está ampliamente descrito en la bibliografía científica consultada, que el sueño es una parte fundamental de la vida de los individuos. Es la base de apoyo para recuperar y actualizar las distintas funciones del organismo. El sueño está formado por varios ciclos, que se repiten a lo largo de la noche, que van en intensidad creciente de profundidad y que permiten al individuo una recuperación y un reajuste de las distintas funciones del organismo.

Los cronogramas con horario rotativos de tres turnos aportados las organizaciones sanitarias para satisfacer la asistencia sanitaria continua provocan un desajuste en la correcta función recuperadora del sueño en los profesionales del hospital que los cumplen.

Hemos identificado en nuestra revisión documental que existen dos parámetros fundamentales cuando nos referimos al sueño: las horas de sueño y el momento que se realizan estas horas.

Cuando nos referimos a la aplicación de los cronogramas rotativos estamos, principalmente, alterando el momento de las horas de sueño. Cuando esas horas se realizan en momentos que van en contra de los biorritmos humanos, se está restando efectividad a la capacidad recuperadora del sueño. Cuando los sanitarios que trabajando en horario nocturno realizan el sueño en horario diurno, se está disminuyendo la recuperación fisiológica del organismo y dando entrada a la aparición de distintas patologías. El desajuste de estos ritmos biológicos debido a restricciones o modificaciones del sueño influye de forma negativa sobre el organismo y facilitan la mayor prevalencia de eventos fisiológicos negativos sobre el organismo.

En los estudios revisados se observa que las perturbaciones en el ritmo biológico del sueño generan una incompleta recuperación física y psíquica, con una importante inversión del ritmo sueño-vigilia.

Dentro de los principales trastornos identificados, observamos como de los más importantes son los trastornos gastrointestinales, donde son afectados los horarios alimentarios, la cantidad, el ritmo y la calidad de las comidas con sus consiguientes consecuencias como son la pérdida de apetito, la obesidad, la dispepsia, acidez, dolores estomacales, etc.

Otro aspecto importante resultante del cambio del ritmo sueño-vigilia es la re-

sistencia que se produce a la insulina y que favorece la aparición de la diabetes de tipo II.

Por otro lado, consecuencias como el aumento de la presión arterial, incrementando de este modo los problemas cardiovasculares, las alteraciones de la vida social por el cambio de horarios sociales, un importante aumento de número de accidentes laborales debidos al cansancio creciente producido por la mala recuperación física y psíquica, etc., acaba favoreciendo una disminución en el rendimiento laboral, y un posterior y creciente absentismo laboral.

5 Discusión-Conclusión

La turnicidad horaria, impuesta por las organizaciones sanitarias a sus profesionales, produce un desajuste fisiológico en los mismos, que va en contra de los biorritmos naturales, y que cuando se cronifica acaba favoreciendo la aparición de trastornos y patologías en estos trabajadores.

El sueño es la forma de recuperación física y psíquica del organismo, con unos horarios precisos, y cuando esos horarios se descontrolan en horarios, tanto cuantitativos como cualitativos, se produce la aparición de alteraciones fisiológicas, y también sociales.

A nivel fisiológico, el desajuste horario del sueño produce fundamentalmente problemas de recuperación física y mental, con la aparición del cansancio musculoesquelético y mental, además de la presencia de alteraciones gastrointestinales, debidos principalmente al cambio de horarios de la alimentación, muchas veces este desajuste horario del sueño implica una aparición de patologías como la diabetes tipo II, un aumento de la tensión arterial, etc.

Esta acumulación de situaciones patológicas desencadena una disminución del rendimiento laboral, aumento del número de accidentes laborales, e incluso un creciente absentismo laboral.

6 Bibliografía

Ambar Deschamp,P.; Olivares Román SB; De la Rosa Zabala, KL y Asunsolo del Barco , A. influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del síndrome de burnout en médicos y enfermeras. Med Segur Trab 2011; 57(224) 224-241.

Barahona Madrigal, AI; Vidaurre Mora, EJ; Sevilla Acosta, FJ; Rodríguez Rodríguez, J y Monge Escobar, SE. El trabajo nocturno y sus implicaciones en la

salud de los médicos, enfermeras y oficiales de seguridad de los hospitales de la caja Costaricense del seguro social. Vol. 30(1), Marzo 2013. ISSN 1409-0015.

Hernández, E, et al. (2000). Alteraciones circadianas del sistema cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*, 53, 117-122.

Hiriart, M (2005). Ritmos biológicos endocrinos y glándula pineal. En Drucker R. *Fisiología Médica*. España: Manual moderno, 5, 513.

Martínez, D t Sfredo, M. (2010). Circadian rhythm sleep disorder. *Indian Journal of Medical Research*, 141-149.

Mingote Adán JC. Síndrome “Burnout”, Síndrome de desgaste profesional: Monografía de Psiquiatría. 1977; 5: 1-44.

Moreno Jiménez B, González JL, Garrosa E, Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida, En: Buendía J, Ramos F. Empleo, estrés y salud. Madrid: Psicología Pirámide; 2001.

Portella Ribero, J; Pereira Rocha, L; Demutti Pimpao, F; Ruta Porto, A y Buss Thofehrn, M. implicaciones del ambiente en el desarrollo del proceso de trabajo de enfermería: una revisión integradora. *Revista electrónica de Enfermería*, Julio 2012, n°27, ISSN 1695-6141.

Capítulo 170

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

LAURA GARCIA NAVARRO

MARIA JOSÉ CRUZ BARATO

PAULA GARCÍA MARTÍNEZ

GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL

1 Introducción

Se induce una convulsión tónico-clónica generalizada con fines terapéuticos durante la terapia electroconvulsiva, que requiere un equipo de alta calidad. Este tratamiento se utiliza en psiquiatría y consiste en aplicar un estímulo eléctrico a un paciente que se encuentra bajo anestesia. Dado que se realiza bajo anestesia general y relajación muscular temporal, debe ser multidisciplinario e involucrar al psiquiatra, al anestesiólogo ya la enfermera.

Aunque actualmente se utiliza para episodios maníacos, psicosis agudas y episodios depresivos mayores unipolares o bipolares, su principal indicación es para la esquizofrenia. Además, puede tenerse en cuenta en condiciones como la epilepsia que son resistentes al tratamiento.

El tratamiento de la enfermedad de Parkinson y el síndrome neuroléptico maligno son alternativas a estas patologías.

No existen contraindicaciones absolutas, pero sí encontramos algunas con: patologías cardiovasculares y cerebrales, riesgo de hemorragia, aneurismas, procesos degenerativos óseos severos, alteraciones endocrinas y riesgo anestésico.

El riesgo de fracturas óseas provocadas por la intensa actividad motora que tiene lugar durante una convulsión disminuye como resultado de esta terapia.

Los riesgos y efectos secundarios de la terapia electroconvulsiva dependen de los problemas de salud previos del paciente, la edad, la susceptibilidad individual, así como la cantidad de tratamientos, etc.

2 Objetivos

Definir la terapia electroconvulsiva y el papel del técnico de cuidados para auxiliares de enfermería que trabaja en el hospital.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se realizó una búsqueda minuciosa en los artículos clave y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos, entre ellas Pubmed, Scielo y Medline, así como en buscadores como Google utilizando palabras clave.

4 Resultados

El personal psiquiátrico determina el número y la frecuencia de las sesiones necesarias para el paciente. Por lo general, se llevan a cabo dos o tres veces por semana en caso de emergencia.

Hay dos variedades adicionales de sesiones de terapia electroconvulsiva:

- La finalidad de la continuación es prevenir las recaídas y garantizar que el tratamiento agudo sea más eficaz.
- El mantenimiento: En esta etapa, la terapia se repite a intervalos regulares o variables; incluso puede continuarse por el resto de la vida.

Los riesgos y efectos secundarios de la terapia electroconvulsiva dependen de la edad del paciente, susceptibilidad personal, condiciones médicas previas y otros factores.

Esta terapia puede tener una serie de efectos adversos, que incluyen mialgia, náuseas, vómitos, confusión, inquietud, deterioro cognitivo, dolor de cabeza y estado epiléptico. Los riesgos y efectos secundarios de la terapia electroconvulsiva dependen de los problemas de salud previos del paciente, la edad, la susceptibilidad individual, así como la cantidad de tratamientos, etc.

Se aconseja el uso de técnicas que intensifiquen las crisis convulsivas, como por ejemplo:

- Reducir la dosis de medicación anestésica y anticonvulsiva.
- Si necesita evitar que las benzodiazepinas funcionen, use flumazenil.
- Usar anestésicos menos potentes o proporcionar hiperventilación previa.

Los deberes principales del asistente incluyen los siguientes:

- Acogida y atención al paciente de forma ambulatoria.
- Verificar la seguridad del dispositivo antes de utilizarlo y firmar los consentimientos.
- Asegurarse de que el período de ayuno dure de 6 a 8 horas.
- Dar la medicación prescrita y suspender las incompatibles.
- Verificar si hubo higiene bucal y ducha preoperatoria.
- Dotar al paciente de bata quirúrgica y electrodos para electrocardiograma y electromiograma. Además de quitarse joyas, prótesis y maquillaje.
- Control y registro de signos vitales previos.
- Seguimiento y control de peso.
- Favorecer el vaciamiento rectal y la micción previa.

5 Discusión-Conclusión

Desde principios del siglo XX, la terapia electroconvulsiva se ha utilizado en el campo de la psiquiatría para tratar afecciones que involucran convulsiones tónico-clónicas.

Actualmente, esta técnica ofrece un mayor nivel de seguridad y comodidad gracias a la anestesia general y la relajación muscular. Dado que el auxiliar de enfermería es el encargado de la planificación, desarrollo y seguimiento de esta terapia, su papel en el equipo de salud es fundamental para brindar al paciente una atención de calidad. Sin embargo, su papel es aún más crucial y por eso debe de estar bien entrenado para cuidarlos durante todo esto.

6 Bibliografía

1-www.google.com

2-www.revistamedica.es

Capítulo 171

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD PEDIÁTRICA

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

LAURA GARCIA NAVARRO

PAULA GARCÍA MARTÍNEZ

MARIA JOSÉ CRUZ BARATO

GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL

1 Introducción

Un área de la medicina que se enfoca en tratar enfermedades y mantener el bienestar de los niños es la pediatría. La unidad de pediatría del hospital es donde los recién nacidos, niños y adolescentes hasta los 14 años pueden recibir atención médica especializada.

Consta de una serie de medios materiales y personal cualificado:

- Personal médico, incluidos dietistas y nutricionistas, así como pediatras y neonatólogos.
- Personal de enfermería, incluyendo enfermeras y auxiliares de enfermería.
- Personal de apoyo como técnicos de radiología, farmacéuticos y psicólogos.

- Personal subalterno, incluido el personal de seguridad, el personal de limpieza y el personal de mantenimiento.

El departamento de neonatología del hospital materno-pediátrico debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Contar con una integración de servicios pediátricos.
- Colóquese lo más cerca posible del área de obstetricia.
- Proporcionar iluminación exterior.
- Un adecuado sistema de ventilación.
- Un adecuado sistema de refrigeración.

Las instalaciones físicas de la unidad de pediatría incluyen salas de ingreso, servicios de emergencia, hospital de día, sala de rayos X, laboratorio, sala de neonatología, UCI pediátrica, almacenes dentro de cada unidad, sala de juegos para niños, sala de tratamiento, una sala de medicamentos y áreas de estar para padres y personal médico.

Al brindar a los pacientes pediátricos atención de enfermería especializada del más alto calibre y seguridad, el auxiliar de enfermería espera satisfacer sus expectativas y necesidades al mismo tiempo que brinda la atención adecuada.

El técnico auxiliar de cuidados de enfermería brinda cuidados no solo clínicos sino también morales, por lo que la estancia del niño en el hospital debe ser tratada como un juego para que no repercuta negativamente en su salud. crecimiento en los dominios psicosocial, emocional o cognitivo.

Los esfuerzos del auxiliar de enfermería para asegurar el bienestar y la comodidad de los niños y sus familias, así como la propia, comienzan en ese punto para facilitar la pronta recuperación de los pacientes pediátricos.

2 Objetivos

Conocer cómo es el área de pediatría de un hospital y qué hace un técnico de atención auxiliar de enfermería por un paciente infantil.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se realizó una búsqueda en los artículos clave y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos, entre ellas Pubmed, Scielo y Medline, así como en buscadores como lo es Google utilizando palabras clave.

4 Resultados

El Técnico Auxiliar de Cuidados de Enfermería (TCAE) es requerido para atender continuamente a los pacientes.

Un técnico de cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de pediatría podría realizar, por ejemplo, las siguientes funciones:

- Reemplace todos los materiales del carro de los sacerdotes.
- Tiene control sobre la higiene del paciente.
- Hacer la cama del paciente así como las demás camas.
- Se recopilará y mantendrá información sobre ingesta, deposiciones, diuresis, drenaje, etc.
- Previa solicitud, la preparación de biberones.
- Divulgar todas las técnicas y cuidados al resto del equipo. que ha sufrido el joven paciente.
- Se encarga de colocar las muestras en los lugares adecuados.
- La recogida y reposición de ropa sucia.
- Entregar la comida y ayudar con ella si sus familiares no pueden.
- Verificar las pulseras identificativas y, en su caso, solicitarlas al servicio de admisión.
- Estará con el personal de enfermería para asistirlos en todas sus responsabilidades.

La hospitalización provoca estrés emocional en todos los niños; este estrés puede reducirse si el niño es consciente de la importancia y los motivos de la hospitalización.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería podrá: reducir la probabilidad de que esto suceda.

Muéstrele el área de niños y la sala de juegos, dé a los padres todo el tiempo necesario para estar con ellos y promueva la interacción con gente joven.

El técnico auxiliar de cuidados de enfermería ofrece y facilita el proceso de ingreso del niño a las familias y los apoya en esos momentos difíciles como uno de los apoyos emocionales de la familia.

El técnico auxiliar de cuidados de enfermería ofrece esa seguridad y tranquilidad que se cree fundamental tanto para los profesionales médicos como para los familiares ante circunstancias tan desafiantes.

Todos los niños que ingresan en el hospital se recuperarán más rápidamente y tendrán una mejor salud como resultado de esto.

5 Discusión-Conclusión

Para poder trabajar en el sector pediátrico, un técnico de enfermería necesita saber comunicarse de manera efectiva, trabajar bien en equipo y, lo más importante, tener empatía y paciencia.

Cuando trabaje con niños, debe ser muy paciente, tener una actitud positiva, ser un buen oyente y mantener su temperamento bajo control para evitar que el niño se frustre.

Hay que recordar que quienes trabajan con niños deben tener una profesión, que les guste trabajar con niños y que deben tratar a los niños como niños, no como adultos.

Tendrán que aceptar que a veces pensarán como niños y que pueden sentirse abrumados.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 172

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

LAURA GARCIA NAVARRO

PAULA GARCÍA MARTÍNEZ

MARIA JOSÉ CRUZ BARATO

GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL

1 Introducción

La úlcera o escara es una lesión de origen isquémico. La muerte celular y la necrosis tisular son las causas de su producción.

La aparición se da en pacientes encamados, y es uno de los problemas que se ven con frecuencia en personas desnutridas, inmóviles y personas.

Se manifiestan como resultado de la presión persistente del tejido sobre planos rígidos.

La correlación entre la presión aplicada y el tiempo de aplicación sirve como base física. Ocasionalmente, una úlcera pequeña tendrá un fondo más grande que su superficie real.

La prevención de la formación de úlceras es crucial porque mejora las posibilidades de recuperación de los pacientes.

El rango de la presión capilar normal es de 16 a 33 mmHg. Los tejidos degeneran y desarrollan ulceración y necrosis si una presión externa más alta dura 60 minutos.

También se plantea el problema del roce contra las láminas, que se traduce en una presión indirecta por fricción o cizallamiento. Los pacientes que están confinados en camas en la posición semi-fowler se deslizan hacia los pies de la cama, lo que provoca lesiones en la espalda y el sacro.

Uno de los problemas de salud más graves son las úlceras por presión. Tiene importantes efectos sanitarios y socioeconómicos. Esto reduce su calidad de vida, así como la de sus cuidadores, y aumenta la carga de la enfermedad. Aumenta la duración de la estadía del paciente y es un signo de atención deficiente.

2 Objetivos

- Conocer los factores que pueden provocar las úlceras y saber quién está predispuesto a sufrir las úlceras y donde pueden salir por el TCAE.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha investigado en páginas de internet: Medline, Pubmed y Scielo, y una revisión bibliográfica sobre artículos relacionados con las úlceras por presión. Se ha realizado una búsqueda en libros médicos, publicaciones académicas revisadas y literatura científica existente.

4 Resultados

Ya se sabe que la presión continua sobre el tejido con un área dura, que produce isquemia y muerte celular, es la causa principal de las úlceras por presión.

Para prevenirlo es necesario conocer una serie de variables que inciden en la formación de este resultado.

- Factores internos o intrínsecos: obesidad o delgadez, diabetes, edad (personas mayores y bebés, ya que la piel en los ancianos es más propensa a la aparición), deshidratación, edema, déficit circulatorio o sensitivo, incontinencia urinaria y fecal, inconsciencia.

- Factores externos o extrínsecos: presión continua y tiempo de exposición, materias que irritan la piel (sudor, orina, excrementos, etc.), humedad que se produce en los pliegues de la piel, objetos extraños en la ropa que aumenta la fricción. La compresión demasiado prolongada entre dos planos duros, el colchón o el asiento de la silla y la superficie del hueso, impide la circulación de la sangre a los tejidos, lo que hace que estas áreas se necrosen.

En las personas sanas, si se produce una posición incómoda, cambian de posición, pero una persona que está encamada o tiene la motricidad reducida o la sensibilidad de la piel, tenemos que ser los cuidadores los que hacemos estos cambios de posición.

Las causas que predisponen a su aparición son:

- Causas vasculares: estados de shock, arterioesclerosis, ausencia de reflejos vasomotores y trastornos de la microcirculación.
- Causas nerviosas: parálisis, la persona está siempre en la misma posición.
- Estado nutricional:
 - En la persona delgada, el tejido adiposo disminuye, lo que hace que el hueso esté más expuesto a la piel.
 - Persona obesa: aumenta la presión en determinadas zonas donde el aporte vascular es menor.
- Causas endocrinas: la diabetes acelera el proceso de formación de úlceras debido a la microangiopatía diabética.
- Edad. Cuanto mayor sea, mayor será el riesgo. Disminución de la elasticidad de la piel, la incontinencia provoca maceración de la zona y la hace propensa a ulceraciones.

Las personas que están más predisuestas:

- Pacientes con alteración de la conciencia: comatosos, ancianos, anestesiados, pacientes psiquiátricos.
- Pacientes neurológicos: parapléjicos, hemipléjicos, tetrapléjicos, pacientes con Parkinson, incontinencia de esfínteres.
- En cirugía ortopédica. Operaciones de cadera, extremidades inferiores.
- Las personas obesas tienen presión arterial más alta y menos circulación.
- Personas con enfermedades que conducen a la desnutrición de los tejidos. Insuficiencia cardíaca, colapso, edema, especialmente en los miembros inferiores. Diabéticos.

Localización de úlceras, donde hay apoyo continuo de la piel con una zona dura. El tiempo de exposición si supera las 2-3 horas, corre el riesgo de sufrir una lesión. Según el puesto:

- Acostado dorsal o supino: talón, sacro, región glútea, columna vertebral, omóplato, codos, cabeza, nuca (occipucio). El sacro soporta la máxima presión.
- En decúbito lateral derecho o izquierdo: borde externo del pie, maléolo, cóndilos, trocánteres, cadera, hombros, acromion y pabellones auditivos.
- En decúbito prono: dedos de los pies, rodilla, espina iliaca, genitales en hombres
- En posición de sedentación: la región isquiática
- En posición de Fowler: talón, sacro.

El porcentaje de úlceras oscila entre un 40% en el sacro, del 20% en los talones y del 15% en la zona isquiática.

Además de estas zonas, hay otras llamadas úlceras yatrogénicas y se producen en:

- Boca: uso inadecuado y continuado de tubos endotraqueales.
- Nariz: uso de mascarillas O2 y sondas nasogástricas.
- Meato urinario: uso de sondas vesicales.
- Muñecas y pies: uso de medidas de contención mecánica.

Clasificación de las úlceras.

La formación de úlceras se clasifica en varias fases:

1. Fase eritematosa: piel blanda y enrojecida.
2. Fase escoriativa: aparece erosión y más tarde toma una coloración grisácea o negruzca, que indica necrosis del tejido subcutáneo.
3. Fase necrótica: la herida afecta el tejido conjuntivo, muscular e incluso óseo. El tejido necrosado es de color amarillento o negro blanco y negro muy duro. Puede estar adherido a planos profundos o casi desprendidos.

Según la Agency for Health Care and Research, existen cuatro estadios o fases en la formación de úlceras por presión:

- Estadio I: aparece un eritema (piel enrojecida), siendo una lesión primaria que afecta a la epidermis y comienza a afectar a la dermis.
- Estadio II: disminuye el grosor del tejido cutáneo afectando a la dermis y epidermis (piel agrietada, vesículas). Empieza a afectar a la hipodermis.
- Estadio III: se da la pérdida total del grosor de la piel. Lesión o necrosis del tejido subcutáneo. Aparecen escaras.
- Estadio IV: igual al anterior, pero aparece necrosis del tejido subcutáneo, del hueso y del músculo.
- Hay autores que proponen un Estadio V, que afecta el hueso de forma relevante. Se produce osteomielitis, osteitis, etc.

Prevención de las úlceras.

Para evitar su formación y extensión, se utiliza un tratamiento preventivo. Se prevé la aparición aunque no ocurra. Así sabremos actuar ante una úlcera.

A través de las escalas para la prevención de úlceras se valora el grado de posibilidad que tienen de aparecer. Destaca la escala Norton y escala Braden, siendo las más usadas.

Cuando un paciente ingresa en el hospital es revisado cada 7 días los cambios que pueda haber. En Atención Primaria, se incluye al paciente en un programa de atención al domicilio, y una revisión semanal a pacientes de riesgo.

Algunas medidas preventivas son:

- Combatir los efectos de la presión. Si las zonas enrojecidas no desaparecen tras la presión, los cambios se realizarán cada hora. Cuando se realizan cambios posturales se utilizan sistemas de acolchado para evitar el roce con el plano de la cama. Se utilizan sobre todo en prominencias óseas, rodillas, talones, codos, espalda para evitar giros.

Existen aparatos que disminuyen la presión:

- Medios físicos, tacones, protectores de algodón, cojines, etc., que se colocan en las prominencias óseas.
- Dispositivos mecánicos: se utilizan flotadores mate-alternantes o anti-suspiro, la zona de presión aumenta.
- Estos aparatos ayudan a prevenir las úlceras, pero no olvides realizar cambios posturales.
- Mejorar la circulación sanguínea local.
- Deambulación temprana. Ejercicio físico y si no es posible, movilizaciones pasivas.
- Masaje. Estimular la circulación de la zona de presión. Si esa zona presenta enrojecimiento de no masajear, aceleraría el proceso.
- Termoterapia. Aplicar calor suave sobre la piel, activa la vasodilatación y aumenta el aporte de nutrientes y oxígeno.
- Electro-magnetoterapia. Estimulación eléctrica.
- Rayo láser. Indicado en úlceras de evolución tórpida.
- Higiene de la piel y cuidado de la higiene.
- Cuidado directo: vigilar el aspecto de la piel a diario. Manténgalo limpio y seco. Evitar productos irritantes: colonias, alcohol. El uso de apósitos en las zonas de mayor presión, y ácidos hiperoxigenados, aumenta la microcirculación e hidrata la piel.
- Cuidados indirectos: utilizar ropa cómoda, tejidos naturales, ropa de cama limpia y seca, sin arrugas. Uso de pañales en caso de incontinencia.
- A nivel general se debe realizar:
- Una alimentación adecuada. Un buen estado nutricional evita la aparición de úlceras, ya que un alimento bajo en vitaminas, proteínas provoca un desequilibrio

nutricional.

- Hidratación adecuada: una ingesta diaria correcta es de litro y medio al día.

En pacientes con mala deglución se les dará jalea y líquido con espesante.

Atención de úlceras por presión.

Se intentará la integridad de la piel del paciente.

MATERIAL:

- Apósitos estériles: antidesgarros, hidrófobos, hidrocélulares, ácidos grasos.

- Antiescaras mate, gasas estériles, suero fisiológico, vendas, cinta hipoalérgica, malla elástica, paños estériles.

Procedimiento:

La cura se realizará como una herida abierta con pérdida de tejido, el proceso es el mismo. Dependiendo del tipo de úlcera así será la cura. Antes de empezar a preparar el material, higiene de manos, informar al paciente, proporcionar intimidad, ponerse guantes no estériles y retirar el apósito anterior.

Valoración de la lesión según estos parámetros:

- Localización y posible aplicación de medidas preventivas que eviten su empeoramiento. - Clasificación: estadio I, II, III, IV.

- Dimensiones: largo, ancho, tunelización.

- Tipo de tejido de la lesión: necrótico, desprendido, granuloso, resto de fibrina.

- Estado de la piel perilesional: intacta, lacerada, macerada, eccematizada, celulítica.

- Exudado de la úlcera: escaso, abundante, purulento, seroso, hemorrágico.

- Dolor.

- Existencia de signos de infección: exudado purulento, mal olor.

Cuidados de las úlceras por presión según el estadio. –

Estadio I: eritema. Lavar y secar. Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados. Prevención.

Etapa II: erosión/flycteno. Limpieza con solución salina. Secar con gasa estéril.

Apósito hidrocoloide. Cambio de apósito cada 2 o 3 días, según el exudado. Se puede conservar durante 7 días. Evite la presión sobre la zona.

Estadio III: lesión/necrosis del tejido celular subcutáneo.

Estadio IV: lesión/necrosis del tejido muscular y/o óseo. Limpieza con solución salina, secar bien.

5 Discusión-Conclusión

Como ya hemos visto, los factores internos y externos pueden hacer que se desarrollen llagas a presión. Debemos crear un plan de atención de enfermería basado

en la prevención y el tratamiento de la úlcera para disminuir la probabilidad de que suceda y acelerar la recuperación del paciente.

Se considerará el alcance de las heridas y la salud general del paciente (nutrición, higiene).

Tanto los pacientes como los cuidadores recibirán la capacitación adecuada.

Si no se pueden evitar que aparezcan las úlceras, se tratarán adecuadamente a través de la medicina y/o la cirugía.

Sin embargo, la mejor forma de prevención implica mantener continuamente vigilar los problemas de la piel del paciente. Al hacer esto, podemos evitar más gastos y deterioro del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>
4. Temario específico Auxiliar de Enfermería SESCOAM. Volumen 2. Editorial MAD. Convocatoria 2017. Siete Editores. ISBN: 9788414205365.

Capítulo 173

MECÁNICA CORPORAL Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

CATALINA MORENO BRAVO

ASUNCION GONZALEZ TORRES

JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN

1 Introducción

La espalda se compone de músculos, ligamentos, vertebras y discos vertebrales, donde las lesiones se producen con más frecuencia es en la zona baja de la espalda. Estas lesiones nos causan dolor y dificulta el movimiento. El accidente laboral que afecta a la espalda es muy frecuente en el medio sanitario, incidiendo sobre todo en los técnicos/as en cuidados auxiliares de enfermería. En un gran porcentaje la consecuencia son los sobre esfuerzos. Podemos definir las lesiones en la espalda como un daño en las vértebras, discos o ligamentos, ejercida por una fuerza externa. En el entorno laboral encontramos una elevada demanda física del trabajo como por ejemplo; necesidad de inclinación y torsión, realizar movilizaciones o levantamientos, empujar y tirar objetos, etc. Estas lesiones se pueden evitar en gran medida, por esto es primordial adquirir buenos hábitos

corporales de postura y movimiento, que serán habilidades profesionales básicas y pilares fundamentales en gran número de procedimientos.

Con una correcta ergonomía podemos utilizar adecuadamente la energía corporal, además evitaremos hacernos daño cuando realizamos como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería nuestras actividades diarias. Con una correcta higiene corporal adquiriremos unos hábitos que nos ayudara a evitar posibles lesiones en el momento de desarrollar nuestra labor en instituciones sanitarias.

2 Objetivos

- Tomar consciencia sobre la importancia de tener hábitos de una buena mecánica laboral en el ejercicio de nuestra labor en instituciones sanitarias.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación y búsqueda de diferentes trabajos científicos vinculados con el tema escogido, ansiedad hospitalaria. Se han utilizado bases de datos científicas como Scielo, Google Scholar o PubMed. Los criterios de exclusión que se han tenido en cuenta son: artículos anteriores al año 2015 y de idioma distinto al castellano.

4 Resultados

En el ejercicio de nuestra labor como técnico de cuidados auxiliares de enfermería realizamos determinadas actividades o movimientos que pueden causar que nos hagamos daño o nos lesionemos, por ello debemos conocer unas recomendaciones básicas.

Dependiendo del peso de un objeto mayor o menor esfuerzo físico hay que realizar para desplazarlo, mientras mas tiempo dure ese esfuerzo más nos podemos cansar por todo esto es importante:

- Hacer pausas y cambios de ritmo de trabajo.
- Situar los pies más cerca posible del peso a levantar.
- Cuanto más próxima la carga al cuerpo, menor es el esfuerzo.
- Cuando las piernas están flexionadas, debemos incorporando cargando el esfuerzo en la musculatura de las piernas.

- La búsqueda de apoyos nos ayuda.
- Siempre tiene menos riesgo tirar y mover que levantar peso.
- Incrementaremos nuestro equilibrio aumentando la base donde nos sustentamos. Por ejemplo separaremos los pies y adelantaremos uno respecto al otro y flexionaremos las piernas.
- Cuando el ejercicio de nuestra actividad implique un riesgo, pediremos ayuda a un compañero o nos apoyaremos en instrumentos como la grúa.
- Para recoger un objeto pesado de suelo, flexionaremos las piernas y elevaremos el cuerpo siempre manteniendo la espalda recta. No doblaremos la espalda.
- Un calzado adecuado ayuda a evitar resbalones.

La mecánica corporal implica tres principios:

1. Alineación corporal la podemos definir como la organización geométrica de las partes del cuerpo relacionadas entre sí.
2. Equilibrio es un estado de igualdad entre fuerzas opuestas que se compensan y anulan mutuamente para conseguir una buena estabilidad.
3. Movimiento coordinado del cuerpo.

Normas fundamentales:

Debemos adaptar el lugar en que vamos a realizar la actividad, retirando todo aquello que nos moleste como por ejemplo colocar la cama en la posición apropiada, retirar barandillas, almohadas, etc.

Incrementaremos nuestro equilibrio aumentando la base donde nos sustentamos. Por ejemplo: separaremos los pies y adelantaremos uno respecto al otro y flexionaremos las piernas.

Cuando el ejercicio de nuestra actividad implique un riesgo, pediremos ayuda a un compañero o nos apoyaremos en instrumentos como la grúa y para recoger un objeto pesado de suelo, flexionaremos las piernas y elevaremos el cuerpo siempre manteniendo la espalda recta. No doblaremos la espalda.

5 Discusión-Conclusión

Tras la elaboración de este capítulo hemos reflexionado y concluido que el técnico/a en cuidados auxiliares de enfermería debe tener conocimiento y aplicar las normas de mecánica corporal para evitar lesiones y hacer nuestro trabajo más fácil. Como ya hemos mencionado antes un alto porcentaje de las lesiones de espalda que sufrimos los sanitarios se deben a sobre esfuerzos en el ejercicio

de nuestras actividades diarias. El auxiliar de enfermería debe conocer las posiciones en las que hay que colocar al paciente según las distintas situaciones, así como los procedimientos para colaborar en la realización de los cambios posturales y otros movimientos de un paciente encamado. Tanto en estas actividades como en cualquier otra que precise sostener o desplazar a personas u objetos, es conveniente observar unos principios básicos de mecánica corporal.

6 Bibliografía

1. Carrillo Trujillo, D. K., & Jara Naranjo, J. P. (2013). Falta de aplicación de la mecánica corporal en la movilización asistida de pacientes y su influencia en la aparición de alteraciones músculo-esqueléticas en el personal auxiliar de enfermería de los Servicios de Hospitalización del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, período noviembre 2012–abril del 2013 (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo).
2. Zanzzi Pérez, J. E. (2020). APLICACIÓN DE LA MECÁNICA CORPORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN MOVILIZACIÓN DE PACIENTES, ÁREA EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL NORTE CEIBOS, PERIODO 2019.
3. Chávez, G. M. N., González, L. R. R., & García, M. H. O. (2021). Propuesta de un plan educativo en mecánica corporal para el personal de enfermería hospitalaria. *Anatomía Digital*, 4(4), 112-121.
4. <http://www.comguada.es/principios-de-mecanica-corporal/>

Capítulo 174

EL TÉCNICO/A EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS CAMAS HOSPITALARIAS

SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

CATALINA MORENO BRAVO

ASUNCION GONZALEZ TORRES

JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN

1 Introducción

Entre las funciones del auxiliar de enfermería es mantener en óptimas condiciones la habitación del paciente. La cama es el núcleo de la habitación del paciente, ya que es una parte importante de donde se realiza muchas de las intervenciones hospitalarias como es el ejemplo de pacientes encamados. Cuando el ser humano nos encontramos enfermos nos sentimos vulnerables e indefensos, la cama forma parte de nuestro proceso de recuperación, ya que tendemos a reposar en ella. Esta acción tiene beneficios evidentes: entre ellos aliviar el dolor, favorece el sueño, permite al organismo poner en marcha una serie de medidas para lograr la recuperación y limita el sufrimiento.

Una cama adecuada y cómoda facilita los movimientos, contribuye a mantener una correcta alineación corporal, facilita la respiración, permite la utilización

de técnicas terapéuticas y favorece el cuidado de la piel y de las lesiones. En un hospital existe un número determinado de camas, algunas de características singulares y adaptadas a los distintos procesos que puede sufrir un paciente debido a que puede sufrir un largo encaminamiento. Algunas de estas camas son: cama articulada, cama de judet, cama de levitación, cama de standers, cama bariátrica, cama oscilante, etc. En este capítulo desarrollaremos cada tipo de cama y comentaremos para qué tipo de patologías está indicada.

2 Objetivos

- Conocer el tipo de camas y colchones hospitalarios existentes en el medio hospitalario.
- Tener conocimiento sobre las indicaciones de cada colchón y cama para poder proporcionar al paciente el tipo de cama adecuada a sus características.

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 un hospital existe un número determinado de camas, algunas de características singulares y adaptadas a los distintos procesos que puede sufrir un paciente debido a que puede sufrir un largo encaminamiento. En el hospital nos podemos encontrar distintos tipos de camas:

- Cama articulada: Las camas articuladas tienen un somier con varias articulaciones móviles debido a esto podemos mover cada zona del cuerpo del enfermo. Son las más utilizadas para el descanso del paciente, ya que permiten los cambios posturales y se adaptan fácilmente a las características de cada paciente.
- Cama ortopédica o traumatológica o de judet: Indicada para pacientes con fracturas, luxaciones, parálisis, etc. Posee un armazón metálico que se acopla a la cama para sujetar las poleas y el equipo de tracción (técnica terapéutica que

aplica fuerzas sobre un hueso, músculo o articulación, para la alineación o inmovilización) el marco de Balkan, provisto permite que los pacientes se pueda mover.

- Armazón de foster o marco de stryker: Formada por dos armazones metálicos circulares, unidos entre sí por un plano rígido que gira sobre los anteriores. La cama puede adoptar cualquier posición: horizontal, vertical, inclinada en todos los ángulos y boca abajo, ya que permite giros de 180°. Tiene un interruptor que permite un movimiento lento, en sentido circular y que puede ser manejado por el propio paciente. Tiene indicación para pacientes con lesiones o fracturas de columna vertebral, poli traumatizados y grandes quemados.
- Cama de levitación o Clinitron: Consta de dos armazones, utiliza un flujo continuo e intenso de aire caliente (chorros de aire) que permite al paciente permanecer en suspensión, de esta forma se evita el contacto con cualquier accesorio de la cama. Es utilizada para pacientes grandes quemados.
- Cama rototest: Mantiene al paciente sujeto, pero girando constantemente, por lo que distribuye los puntos de presión. Para este tipo de camas se emplean armazones o sujeciones laterales, de la cabeza y de los pies para el giro, así como almohadillas amortiguadoras. Permite giros y cambios de posición lateral y longitudinal. Se utiliza para prevenir la aparición de úlceras por presión.
- Cama oscilante: Para enfermedades vasculares. Gira alrededor de su eje transversal.
- Cama bariátrica: Para pacientes con obesidad mórbida. Especialmente diseñadas para soportar pesos de hasta 400-500kg
- Cama bandeloux: Tiene un colchón inflable, con un depósito para la recolección de orina.
- Cama standers: Adecuada para cambios posturales pasivos en el tratamiento de las afecciones arteriales oclusivas crónicas.

Los colchones son un accesorio importante de la cama del paciente. Pueden tener diversas formas y estructuras.

- Colchón de látex: Se utilizan cada vez más por constituir una buena base para el descanso del paciente.
- Colchón de esferas fluidificado: Formado por esferas de vidrio muy finas que se mantienen en movimiento, debido al aire insuflado, esto reparte la presión que ejerce el peso del cuerpo del paciente, parece que están flotando.
- Colchones de agua: utilizados para la prevención de úlceras por presión, ya que reparten las presiones sobre una gran superficie, reduciendo de esta manera los puntos de apoyo. Necesita 100 litros para llenarse.

- Colchón de agua de bolas de poliuretano: Están compuestos por bolas de poliuretano y por agua, de 10 a 12 litros, con una temperatura de 30°C. Se coloca encima del colchón existente en la cama.
- Colchón anti escaras: Cada vez más utilizado. Se coloca sobre otro colchón, retirándose cuando finalice su uso. Consta de una serie de tubos o bolas que se hinchan y desinchan alternadamente mediante un motor. Evita la presión y realiza al paciente como una especie de masaje.

5 Discusión-Conclusión

Cuando el paciente está hospitalizado puede pasar largas temporadas en la cama. La cama forma parte del proceso de recuperación, ya que el paciente tiene que reposar en ella. Como ya hemos explicado anteriormente esta acción tiene beneficios evidentes: entre ellos aliviar el dolor, favorece el descanso, permitir al organismo poner en marcha unas medidas para facilitar la recuperación. Una cama adecuada y cómoda facilita los movimientos del paciente y ayuda al técnico en cuidados auxiliares de enfermería por ejemplo a la hora de realizar cambios posturales para evitar las úlceras por presión o movilizar al paciente, contribuye a mantener una correcta alineación corporal disminuyendo el dolor de cuerpo del paciente y mejorando el confort, permite colocar al paciente en diferentes posiciones como por ejemplo flower, permite la utilización de técnicas terapéuticas y favorece el cuidado de la piel y evita las lesiones producidas por las úlceras de presión.

6 Bibliografía

1. Sainz A. La cama hospitalaria, Apuntes de Enfermería [Internet]. Docsity.com. [citado 16 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.docsity.com/es/la-cama-hospitalaria/3705230/Farcas> FE. CAMA 2017 [Internet]. Zdocs.hu. [citado 16 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://zdocs.hu/doc/cama-2017-mpvy4r8nx7p3>.
2. La unidad del paciente. Cama hospitalaria [Internet]. Mheducation.es. [citado 16 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448177002.pdf>

Capítulo 175

FUNCIONES DEL TÉCNICO/A EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

CATALINA MORENO BRAVO

ASUNCION GONZALEZ TORRES

JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN

1 Introducción

En el año 1960 surge la figura del auxiliar de enfermería pero no contaba con una titulación académica en esta época el auxiliar de enfermería ayudaba a cubrir las necesidades básicas del paciente bajo la supervisión del ATS. En el año 1973 la figura del auxiliar de clínica se reconoce por primera vez en el Estatuto Sanitario No Facultativo de la Seguridad Social. En 1975 pone en marcha un nuevo título de Formación Profesional sobre el auxiliar de enfermería.

En 1986 se crea la categoría profesional de auxiliar de enfermería, lo que supone su plena integración con los demás equipos de enfermería. En el año 1990 con la LOGSE pasa a llamarse “técnicos en cuidados auxiliares de enfermería” que sustituye a la de auxiliar de enfermería y que sigue vigente a día de hoy.

A lo largo de la historia se han producido diversos cambios respecto a la titulación en lo que respecta al marco legal. Al igual que el resto de personal sanitario el centro de nuestra atención se centra siempre en el cuidado de los pacientes. El cambio que ha rodeado a nuestra figura profesional ha contribuido a marcar y delinear las funciones que ejercemos en las instituciones sanitarias, a continuación explicaremos las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en algunos de los distintos servicios dentro de la institución.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del técnico/a en cuidados auxiliares de enfermería en diferentes servicios de las instituciones sanitarias cerradas o abiertas.
- Tener consciencia de las prohibiciones a los técnicos/as de auxiliares en cuidados de enfermería

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación y búsqueda de diferentes trabajos científicos vinculados con el tema escogido, Los delitos relacionados con la bioética sanitaria. Se han utilizado bases de datos científicas como Scielo, Google Scholar o PubMed. Los criterios de exclusión que se han tenido en cuenta son: artículos anteriores al año 2015 y de idioma distinto al castellano.

4 Resultados

Funciones del auxiliar de enfermería en planta:

- 1.- Hacer las camas de los usuarios del hospital.
- 2.- Realizaremos el aseo y la limpieza del enfermo.
- 3.- Llevaremos y retiraremos las cuñas a los enfermos cuando estos lo requieran y también seremos responsables de la limpieza de las mismas.
- 4.- Recepcionaremos los carros de comida y la distribución de la misma. Serviremos la comida al los pacientes, ocupándonos de la colocación de las bandejas y su retirada. Daremos de comer a aquellos pacientes que por su estado no puedan hacerlo por ellos mismos.
- 5.- Limpiaremos el carro de curas y el material.

- 6.- Ordenaremos la lencería de la planta colaborando con el personal de lavandería.
- 7.- Colaboraremos con enfermería en la administración de medicamentos por vía oral y rectal excluyendo la vía parenteral.
- 8.-Colaboraremos con enfermería y bajo su supervisión en la recogida de la temperatura de los pacientes.
- 9.- Colaboraremos con los celadores en el traslado y la movilización de los pacientes.
- 10.- Colaboraremos en todas aquellas actividades que faciliten las funciones del médico o enfermería siempre que no nos esté prohibido o sea incompatible con el ejercicio de nuestras funciones.

Funciones del auxiliar de enfermería en quirófano:

- 1._ Nos encargaremos del cuidado, conservación y reposición de batas, sabanillas, toallas, etc.
- 2._ Recogeremos y limpiaremos el instrumental utilizado en las intervenciones quirúrgicas además colaboraremos en su ordenación y colocación.
- 3._ Prepararemos el material para su esterilización.
- 4._ Colocaremos y preparamos todo lo necesario para el inicio de la actividad en los quirófanos.
- 5._ Recogeremos los quirófanos tras la finalización de cada una de las actividades y llamaremos al equipo de limpieza.
- 6._ Colaboraremos en todas aquellas actividades que faciliten las funciones del médico o enfermería siempre que no nos esté prohibido o sea incompatible con el ejercicio de nuestras funciones.

Funciones del auxiliar de enfermería en Tocología:

- 1._ Recogeremos y limpiaremos el instrumental.
- 2.-Acompañaremos a las enfermas y recién nacidos a los Servicios y plantas que les correspondan, atendiéndolos y vigilándolos hasta que estén instalados.
- 3._ Nos encargaremos de vestir y desvestir a las embarazadas también nos encargaremos de su aseo y bienestar.
- 4.- Colaboramos en el traslado de las mamás a las camas con el personal de enfermería y los celadores.
- 5.- Nos encargaremos de poner, retirar y limpiar las cuñas.
- 6._ Nos encargaremos de preparar y acomodar las camas.
- 7._ Colaboraremos con enfermería en la aplicación de enemas de limpieza.
- 8._ Nos encargaremos de la limpieza de los aparatos.

9._ Colaboraremos en todas aquellas actividades que faciliten las funciones del médico o enfermería siempre que no nos esté prohibido o sea incompatible con el ejercicio de nuestras funciones.

Funciones del auxiliar de enfermería en consultas externas:

- 1._ Daremos apoyo a los facultativos médicos o en su caso a enfermería.
- 2._ Nos encargaremos del trabajo administrativo que hay en la consulta como por ejemplo dar consentimientos informados, etc.
- 3._ Mantendremos la consulta ordenada y limpia.
- 4._ Atendremos y apoyaremos al paciente desde la entrada de este a su salida de la consulta.
- 5._ Repondremos todo el material necesario.

Existen determinados tipos de consultas especializadas como traumatología, ginecología, urología, etc., donde el técnico/a en cuidados auxiliares de enfermería donde además ejercemos las siguientes funciones:

- 6._ Ayudaremos al facultativo o enfermería abriendo campos estériles, facilitando el instrumental, ayudando en curas, etc.
- 7._ Asistir al equipo médico y de Enfermería en pruebas más complejas como gastroscopias y endoscopias
- 8._ Control de balance de líquidos, ingeridos, expulsados, en pacientes que requieran de una observación más exhaustiva como en el caso de pacientes que estén en el servicio de UCI o REA.
- 9._ Montaje, limpieza y desinfección de todas las máquinas complementarias que se utilizan en cada consulta.
- 10._ En el caso de la consulta de hemodiálisis el TCAE será el encargado de la medición y el peso del paciente antes y después de cada sesión de diálisis.
- 11._ Colaboraremos en todas aquellas actividades que faciliten las funciones del médico o enfermería siempre que no nos esté prohibido o sea incompatible con el ejercicio de nuestras funciones.

Las funciones de las Auxiliares de Enfermería en las Instituciones sanitarias abiertas son:

- 1.- La acogida y orientación de los enfermos.
- 2.- La recepción de volantes y documentos para la asistencia de los enfermos.
- 3.- La escritura de libros de registro, volantes, comprobantes e informes.
- 4.- La limpieza de material e instrumental.
- 5.- La preparación de ropas, venda, apósitos y material de curas.

6.- Recogida de los signos y manifestaciones espontáneas de los enfermos sobre sus síntomas, limitándose a comunicarlos al Médico, Enfermera.

12.- Colaboraremos en todas aquellas actividades que faciliten las funciones del médico o enfermería siempre que no nos esté prohibido o sea incompatible con el ejercicio de nuestras funciones.

Queda prohibido a las Auxiliares de Enfermería:

1. Administración de medicamentos por vía parenteral.
- 2.- Escarificaciones, punturas o cualquier otra técnica diagnóstica o preventiva
- 3.- La aplicación de tratamientos curativos de carácter no medicamentoso.
- 4.- La administración de sustancias medicamentosas o específicas, cuando para ello se requiera instrumental o maniobras cuidadosas.
- 5.- Ayudar al personal médico en la ejecución de intervenciones quirúrgicas.
- 6.- Auxiliar directamente al Médico en las consultas externas.

5 Discusión-Conclusión

El técnico/a de cuidados de enfermería tiene un papel muy importante dentro de las instituciones sanitarias, ya que comprenden una gran cantidad de funciones imprescindibles para los cuidados de los pacientes. El técnico/a en cuidados auxiliares cumple con funciones básicas que agilizan el trabajo de enfermería. Los técnicos/as en cuidados auxiliares de enfermería trabajamos en equipo junto a enfermería y el equipo médico para procurar el bienestar, la recuperación y la mejoría de los pacientes. Es importante conocer nuestras funciones dentro de cada servicio así como lo que nos está prohibido, ya que este agiliza nuestro trabajo y nos ayuda a poder ofrecer un servicio de calidad y eficaz a las personas convalecientes que necesita nuestro servicio.

6 Bibliografía

1. https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/personal_estat3.pdf.
2. <https://revistamedica.com/competencias-profesionales-tcae-consultas-externas/>
3. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1995-13533

Capítulo 176

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A PACIENTES ENCAMADOS

M^a NIEVES CUTANDA GARCIA

NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA

FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ

MERCY DEL ROCIO CHAVEZ ROMERO

YOLANDA SANTAELLA DIAZ

1 Introducción

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede encontrarse con el cuidado de pacientes encamados en diferentes áreas o unidades hospitalarias, así como en residencias.

En el hospital podemos encontrar unidades como UCI, cuidados paliativos, REA... En los que tendremos pacientes con distintos grados de dependencia.

En general, los pacientes encamados o con movilidad reducida necesitarán ayuda para realizar sus tareas rutinarias, como la higiene personal, hidratación de la piel, cambios de sonda, cambios de pañal, alimentación...

También tendremos que practicar cambios posturales para evitar las úlceras por presión, y en el caso de que los pacientes ya tengan heridas hay que ayudar al equipo de enfermería a practicar las curas.

Es imprescindible que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tenga una condición alta de empatía con los pacientes encamados, la realización de estas tareas en ocasiones será ardua. Por ejemplo, deberemos tener especial paciencia con pacientes de alta dependencia que necesitan alimentación, siendo conscientes de su dificultad para tragar.

En pacientes con discapacidades, es posible que no controlen impulsos o que hayan desarrollado cierto grado de agresividad debido a su discapacidad.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe seguir siempre los protocolos establecidos para conseguir un trato y cuidados óptimos para los pacientes.

La higiene le da bienestar y mejor autoestima al paciente se limpió y libre de los malos olores que se pueden desarrollar por la sudoración.

El aseo se realiza por las mañanas y también se cambian las sábanas de la cama.

2 Objetivos

Exponer las funciones en general del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes encamados y en particular como se realiza la higiene y el baño de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos visitado varias páginas en Internet con publicaciones de sanitarias, a través del buscador Google Académico y en bases de datos como PubMed.

También hemos tenido en cuenta nuestra experiencia laboral en el sistema sanitario de Castilla La Mancha, SESCOAM.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe preparar en material necesario para la realización de la actividad, en este caso es la higiene de los pacientes encamados. En los hospitales generalmente tendremos unos carritos en los que llevaremos gasas, sueros, esponjas jabonosas, cremas, etcétera.

También dispondremos de unas bolsas para echar la ropa sucia, camisones, sábanas, etc.

Una vez hecho el acopio de material iremos a las habitaciones indicadas para realizar el baño a los pacientes.

Cuando estemos con un paciente debemos darle privacidad, por lo tanto, si tiene compañero correremos la cortina o en su defecto pondremos un biombo.

Le diremos al paciente la tarea que vamos a realizar, para que esté tranquilo, prevenido y pueda colaborar según sus capacidades.

Al inicio de la actividad nos colocaremos unos guantes, le quitaremos el camisón con cuidado por si tuviese alguna vía o sonda y le cubriremos con una sábana.

El baño empezará por los ojos, los limpiaremos con gasas impregnadas con suero, utilizando una para cada ojo, la limpieza del ojo se realiza desde el lacrimal hacia afuera.

A continuación limpiaremos el pabellón auditivo de igual manera, con gasas y suero, sin jabón y sin introducir dentro del oído, simplemente por fuera.

Con agua templada en la palancana lavamos la cara, sin jabón ni dando pequeños toques, nunca arrastraremos, después secaremos bien con una toalla y a continuación limpiaremos el resto del cuerpo, esta vez sí, con la esponja jabonosa.

El proceso de limpieza es desde el cuello, hombros, axilas, brazos, manos, tórax y abdomen.

Cambiamos el agua y la esponja, continuaremos limpiando las piernas y los pies. Vamos secando con la toalla con toques suaves.

Los genitales se limpian de forma distinta en hombres y mujeres.

En hombres: Colocamos al paciente en posición de cubito supino, con las piernas abiertas, colocaremos la cuña después limpiaremos el pene y los testículos con una esponja jabonosa.

Apartaremos al prepucio y movimientos circulares iremos limpiando desde ahí el meano hacia fuera.

En mujeres: Colocamos en decúbito supino con las piernas abiertas y ligeramente flexionadas. Pondremos la cuña y después separaremos los labios mayores y limpiaremos de adentro hacia afuera. Los labios menores y regional se limpian de arriba a abajo.

Aclararemos con agua y secaremos.

Vestiremos al paciente con su camisón, cambiaremos las sábanas y en el caso de que lo necesiten cortaremos las uñas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería desarrolla cuidados rutinarios a los pacientes dependientes o encamados por la patología que sufren.

Son los responsables de iniciar su autonomía, siempre bajo indicación médica, les ayudan a incorporarse poco a poco e incluso a empezar a andar.

Mientras tanto, los días de su ingreso, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería les ayudarán a realizar las tareas que necesiten, entre ellas, mantendrán la higiene personal del paciente, que se realiza todas las mañanas.

Que el paciente se encuentre limpio y sin malos olores ayuda en su autoestima y en general en su mejoría. Además, evita infecciones y ayuda a iniciar el resto de rutinas.

6 Bibliografía

<https://crea.ujaen.es/handle/10953.1/19496>

https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=d0pLh2IRdpwC&oi=fnd&pg=PA1&dq=BA%C3%91O+PACIENTES+ENCAMADOS+TCAE&ots=zgcyJjuBsZ&sig=m9pJAN_4zrnzEbArNaRWyYHaPRc#v=onepage&q=BA%C3%91O%20PACIENTES%20ENCAMADOS%20TCAE&f=false

<https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/27558>

Capítulo 177

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

ESTER MORENO MORA

MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE

ANA BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA

ISABEL MATA ESCRIBANO

MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ

1 Introducción

El trabajo del técnico auxiliar en cuidados de enfermería incluye muchas áreas diferentes, en este artículo realizaremos una descripción general del papel del TCAE en las plantas y unidades de hospitalización. Las funciones del técnico auxiliar en cuidados de enfermería son muy diferentes dependiendo del servicio y área en la que presten sus funciones, en un centro hospitalario hay diversas unidades y plantas de hospitalización cada una específica a la patología del paciente, como: servicios de cardiología, servicios de urología, servicios de medicina interna, pediatría, psiquiatría, geriatría, etc. Cada servicio tiene su propio protocolo dependiendo de la atención sanitaria que precise el paciente, pero con el

objetivo final de la asistencia sanitaria integral y recuperación del paciente por todos los profesionales que trabajen en los mismos. Las funciones del técnico auxiliar en cuidados de enfermería son las mismas en cuanto a términos de función, cuidado, derechos y deberes, pero existen diferencias respecto al área en la que trabaje, siempre dentro de sus funciones básicas y estatutarias. Deberá estar siempre en continuo reciclaje profesional, actualizando sus conocimientos para así prestar la adecuada atención sanitaria. El personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería, deber tener reconocida su importancia como miembro del equipo sanitario y enlace entre los pacientes y el personal de enfermería y facultativo.

2 Objetivos

- Conocer y explicar las funciones generales del técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE) en las diferentes plantas de hospitalización.

3 Metodología

La elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo con la investigación de una revisión bibliográfica sobre la literatura actual científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diversos libros y fuentes de información como Google académico. Los descriptores clave buscados han sido: TCAE y unidades de hospitalización.

4 Resultados

Las principales funciones y deberes del técnico auxiliar en cuidados de enfermería en las diferentes plantas de hospitalización, son entre otras:

- Recepción del paciente, preparando su unidad de ingreso con materiales y elementos que pueda necesitar como: cuñas, botellas, vasos, esponjas, toallas, porta sueros, etc.
- Realización de un examen inicial del estado del paciente, grado de independencia, movilidad...comunicando lo observado al personal de enfermería que esté a cargo del paciente
- Ayudará a los pacientes con la higiene diaria. Para ello, revisará las pautas de atención que tiene cada paciente de forma individual y evaluando si es dependiente total o solo necesita ayuda y apoyo.

- Cambiará la ropa de cama diariamente (sábanas, funda de almohada) y cuando sea necesario tanto a pacientes dependientes como independientes.
- Contestará a los timbres del control de enfermería (llamadas de pacientes para pedir ayuda, exponer necesidades, etc.).
- Recepcionará el carro de lencería colocando el material necesario en las adecuadas estanterías sitas en la unidad.
- Colocará y limpiará el carro de farmacia periódicamente.
- Cuando llegue el almacén con el material solicitado, pañales, empapadores, gasas, apósitos, compresas, jeringas, etc. y otros elementos se dispondrá a colocarlo correctamente según el protocolo de la unidad e indicaciones del supervisor.
- Colaborará con el personal de enfermería en el tratamiento de pacientes y otras intervenciones necesarias que le soliciten.
- Recibirá los carros de comida, repartiéndolos a los pacientes, comprobando siempre que son los correctos, ayudará con las comidas a los pacientes que no pueden comer solos.
- Realizará los cambios de pañal e higiene cuando sean necesarios.
- Aplicará los cambios posturales cuando se hayan prescrito por el personal de enfermería (normalmente cada 3-4 horas para evitar lesiones en la piel, úlceras de presión y proporcionar comodidad al paciente).

5 Discusión-Conclusión

El técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE), siempre tendrá que seguir las instrucciones e indicaciones de médicos y personal de enfermería respecto a las pautas del paciente con respecto a su cuidado y tratamiento, así como seguir las normas protocolizadas de la unidad.

Deberá llegar un registro individualizado del paciente con datos de hidratación, la diuresis, el drenaje y las deposiciones. Al final del turno de trabajo, deberá reponer el material que haga falta e informar a su compañero de lo acontecido en su turno.

Los técnicos médicos auxiliares del hospital deben brindar una atención integral al paciente, por su confort, tranquilidad y seguridad e intentar hacer su estancia lo más cómoda posible.

6 Bibliografía

1. Indeed.com. [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://es.indeed.com/orientacion-laboral/buscar-trabajo/funciones-tcae-planta-hospitalaria>

2. Valdespina C. Cuáles son las principales funciones de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) [Internet]. El blog de Salusplay. 2020 [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/funciones-tecnico-auxiliar-cuidados-enfermeria/>
3. de Enfermería Ocronos RM y. Las funciones del TCAE en el cuidado del enfermo en planta [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-tcae-cuidado-enfermo-planta/>

Capítulo 178

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE NEONATOS

ANA BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA

ISABEL MATA ESCRIBANO

MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ

ESTER MORENO MORA

MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE

1 Introducción

Un neonato es un recién nacido de manera natural o por la intervención quirúrgica de la cesárea, que debe crecer y adaptarse a la vida fuera del útero de su madre.

El servicio y unidad de neonatal es una planta especial en un hospital donde los niños son ingresados desde el nacimiento y atendidos de forma integral por profesionales sanitarios como médicos, pediatras, personal de enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) con formación especializada y específica en este campo. En esta área, la principal función del profesional TCAE es el apoyo al resto de profesionales que trabajan en el servicio y el cuidado de las madres y los bebés. Algunos recién nacidos tienen problemas de salud después del nacimiento, por lo que deben permanecer en esta unidad neonatal hasta que

se recuperen por completo, a pesar de que su madre haya sido dada de alta del hospital.

Con el fin de integrar a la familia dentro del equipo que atiende a los recién nacidos y así poder prestar una mejor atención con la lactancia, el piel con piel, etc., en la una neonatal denominada, hay unos horarios y salas donde los padres pueden visitar a sus bebés.

2 Objetivos

Identificar las principales funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de neonatos hospitalaria, en la prestación sanitaria a los recién nacidos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente estudio se ha llevado a cabo una investigación de revisión bibliográfica sobre los artículos científicos existentes en diversas bases de datos, como son Scielo, Cochrane y Medline. Los descriptores usados en la búsqueda han sido: unidad neonatal, funciones de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

Después del nacimiento del bebé en la sala de partos, el personal de enfermería, matronas y TCAE deben identificar tanto al recién nacido como a la madre colocándoles una pulsera con un código alfanumérico que no se deberán quitar para así evitar errores y entregando una tarjeta de identificación a la pareja de la madre. Para mayor seguridad, se pueden tomar muestras de sangre del cordón umbilical de la madre y del recién nacido. Nada más nacer el médico pediatra con la colaboración del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, se asegurará de que las vías respiratorias del bebé estén abiertas, controlando que la temperatura del recién nacido y el color sean los adecuados, pinzando y cortando el cordón umbilical, pesándolo y lo vestirán y lo entregará a la madre para que lo amamante, colocando al recién nacido sobre el pecho como lo antes posible para que pueda comenzar la estimulación del apego. También se realiza una prueba de Apgar en la misma sala de partos. Esta es una prueba de evaluación cardíaca y esfuerzo respiratorio del recién nacido, tono muscular, color de la piel y una breve

respuesta al estímulo. Esta prueba se realiza en los primeros 1, 5 y, a veces, 10 minutos después del nacimiento y una puntuación mayor a 7 es considerada normal. Se disponen de técnicas como el contacto piel con piel madre bebé porque es muy beneficioso tanto a nivel emocional como psicológico, fomentando el vínculo afectivo y también favoreciendo la lactancia materna. La profilaxis ocular del recién nacido y la profilaxis con vitamina K también forman parte de la práctica de cuidados de enfermería y sanitarios posnatales, y como hemos dicho anteriormente los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería ayudan a los profesionales médicos con estas pruebas tan necesarias. Mientras la madre se recupera, el TCAE se encargará de lavar, vestir, cambio de pañales y todo lo que precise el bebé. Si todo va bien, el bebé y la madre serán dados de alta del hospital en unos días.

5 Discusión-Conclusión

Todo el equipo multidisciplinar que trabaja en la unidad de neonatos, serán los responsables de los cuidados más básicos de los recién nacidos en cuanto a higiene, nutrición y salud general y trabajando de forma colaborativa y coordinada ellos. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son profesionales sanitarios que atenderán al recién nacido en sus cuidados básicos y también deberán ocuparse de otras funciones, como la reposición de material, limpieza y vestimenta de cunas, preparación del material a esterilizar, reposición del almacén de farmacia...y demás funciones para el buen funcionamiento de la unidad, debiendo estar adecuadamente formados para ayudar en el cuidado y la salud de los recién nacidos y sus madres.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en UCI neonatal [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-uci-neonatal/>
2. Medicos P. El TCAE en la unidad de neonatología [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. Revista Electrónica de Portales Medicos.com; 2019 [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/el-tcae-en-la-unidad-de-neonatalogia/>
3. González M. Cuidados del recién nacido en el ámbito hospitalario [Internet]. MEDAC. 2015 [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://medac.es/>

[blogs/sanidad/cuidados-del-recien-nacido](#)

Capítulo 179

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA DURANTE LA TOMA DE TEMPERATURA DEL PACIENTE CON FEBRÍCULA. PROCEDIMIENTO DEL TCAE PARA LA TOMA DE LA TEMPERATURA

GEMA ILLESCAS

ROSA CARO GARCÍA

MIRIAM PARIENTE GONZÁLEZ

CARMEN CÁRDENAS LARA

1 Introducción

El diccionario de la Real Academia de la lengua Española, conocido popularmente como el diccionario de la RAE, nos proporciona la siguiente definición sobre el concepto de temperatura en el ámbito sanitario: “Se entiende como temperatura a la magnitud física que indica el valor de frío o calor que tiene el cuerpo humano”. La fiebre es un síntoma que presenta la gran mayoría de las patologías clínicas, siendo muy fácil de reconocer, puesto que presenta signos en el paciente muy

característicos de la febrícula.

Síntomas del paciente al comenzar la febrícula.

Momentos previos a alcanzar un valor en el cuerpo humano que indica la febrícula en el paciente, se encuentran los siguientes síntomas en el paciente:

- Escalofríos, pudiendo estar unidos a temblores.
- Rostro pálido.
- Piloerección de la piel, conocido como “piel de pollo”.
- Aumento del ritmo cardíaco y por lo tanto de la frecuencia del pulso.
- Aumento de la temperatura rectal, pudiendo mostrar una temperatura fría la cutánea.

Síntomas del paciente durante la febrícula.

Durante el momento de la febrícula, los pacientes presentan los siguientes síntomas:

- Dolor de cabeza.
- Enrojecimiento del rostro y sudoración.
- La piel del paciente se encuentra caliente al tocarla.
- Malestar generalizado en todo el cuerpo, mostrando síntomas de debilidad.

2 Objetivos

- Definir el concepto de temperatura en el ámbito sanitario.
- Detallar los síntomas en el paciente provocados por la fiebre.
- Conocer los casos en los que se debe tomar la temperatura al paciente.
- Explicar el procedimiento de toma de temperatura.

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 toma de la temperatura es una actuación habitual en las plantas de hospitalización de un centro sanitario, así como en el servicio de urgencias y en la unidad

de cuidados intensivos, puesto que es un elemento más de las constantes vitales. La toma de la temperatura es una actuación realizada por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, mientras que el resto de las constantes vitales (pulso, frecuencia respiratoria y presión arterial) es tomado por el equipo de enfermería. La toma de la temperatura se podrá realizar en varios momentos a lo largo del día, especialmente en los siguientes casos:

- Al inicio de cada turno (mañana, tarde y noche).
- Cuando un paciente ingresa en una planta, bien sea desde el servicio de urgencias, bien sea un ingreso programado.
- Cuando el paciente muestra síntomas evidentes de febrícula.

Cada una de las anomalías encontradas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la toma de la temperatura deberá ser comunicado al enfermero responsable del paciente, del mismo modo, quedará registrado en su historia clínica para que el resto de personal tenga conocimiento de este hecho en futuros turnos laborales, independientemente que en los cambios de turno sea comunicado al compañero.

Procedimiento para la toma de temperatura con un termómetro electrónico.

- Colocar el termómetro en algunas de las siguientes zonas corporales: boca, axila, recto y oído, teniendo en cuenta que no esté en contacto con ningún elemento como la ropa.
- Se esperará el tiempo necesario hasta que el termómetro toma la temperatura, el termómetro indicará con un pitido que la temperatura ya está tomada.
- Registrar la temperatura en hoja de registro de la temperatura de todos los pacientes, para una vez finalizada la toma de temperatura de todos los pacientes se anoten en el ordenador, en la historia clínica de cada paciente.
- Lavar el termómetro correctamente con agua y jabón o con gel hidroalcohólico, una vez lavado se secará bien con una gasa. Es importante la limpieza del termómetro entre un paciente y otro.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la toma de temperatura del paciente con febrícula. Procedimiento del TCAE para la toma de la temperatura” nos demuestra los momentos precisos en los cuales se debe tomar la temperatura del paciente, una vez se tenga sospecha de que el paciente muestre algún pico de febrícula.

La toma de la temperatura es una actuación del TCAE que tiene mucha importancia para la asistencia del paciente, puesto que se entiende como un elemento más de las constantes vitales, por lo que ante el menor signo de sospecha de que el paciente pueda tener febrícula es importante que sea tomada la temperatura, de esta manera se podrá actuar rápidamente sobre el paciente.

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013
- GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriátricos. España. Formación continuada Logoss. 2013
- 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. Edición2021

Capítulo 180

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DURANTE EL CUIDADO DEL PACIENTE PORTADOR DE DRENAJES

GEMA ILLESCAS

ROSA CARO GARCÍA

MIRIAM PARIENTE GONZÁLEZ

CARMEN CÁRDENAS LARA

1 Introducción

El diccionario médico de la “Clínica Universidad de Navarra” establece la siguiente definición sobre el término drenaje: “drenar es la acción de evacuar los líquidos patológicos de una cavidad orgánica en concreto”.

Generalmente, los drenajes son colocados en una sala de intervenciones durante la operación de cirugía, mientras que su extracción es realizada en la propia cama del paciente en la planta en la cual se encuentra hospitalizado.

El profesional encargado tanto de la colocación y retirada de un drenaje es el médico cirujano, mientras que la persona encargada de su curación y control, es el equipo de enfermería responsable del paciente con la ayuda del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, por lo que ambos profesionales deberán conocer el funcionamiento del drenaje y las futuras complicaciones derivadas de él.

Una complicación muy generalizada durante el cuidado de los drenajes es el cambio de localización de este, es decir, cuando se produce cualquier movimiento del drenaje o un pequeño tirón cuya repercusión es la movilización del drenaje, aunque sea milimétrica. Otra complicación es la obstrucción del drenaje, siendo necesaria la intervención del equipo médico para eliminar la obstrucción, en los casos más graves esta actuación se realizará en el bloque quirúrgico.

2 Objetivos

- Definir el concepto de drenaje a través del diccionario de la clínica universidad de navarra.
- Conocer los profesionales encargados de la colocación, retirada y curación de los drenajes.
- Detallar los cuidados realizados sobre el paciente portador de un drenaje.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para la realización de las curas diarias de los drenajes de un paciente, es necesario la participación de las siguientes categorías profesionales:

- Equipo de enfermería, encargados de realizar las curas del drenaje.
- Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, encargados de proporcionar al equipo de enfermería todo el material necesario para la cura. Para lo cual deberá prepararlo previamente al inicio de dicha actuación.
- Celador, encargado de movilizar al paciente y posicionarlo en la postura indicada por el equipo de enfermería. Otra función del celador será la de sujetar al paciente durante la cura, evitando que este se mueva.

Pautas generales para el cuidado del drenaje.

- Enumerar los drenajes que porta el paciente, en el caso de que presente varios drenajes. De esta manera se evitará la confusión de drenajes durante la cura.

- Eludir en la medida de lo posible futuras infecciones nosocomiales, para lo cual, se deberá mantener la mayor asepsis durante el cuidado de los drenajes. Se utilizarán guantes estériles durante la manipulación del drenaje una vez retirados los apósitos y vendajes que lo cubren.
- Adaptar la entrada de los drenajes con las bolsas colectoras, manteniendo la mayor asepsis posible durante todo el proceso. Por norma general, las bolsas colectoras cuentan con una banda adhesiva que permite la protección de la piel con la humedad.
- Cuando la cantidad de líquido o gases drenado es muy elevado, es recomendable de utilizar bolsas colectoras con grifo, que permita la evacuación del líquido drenado de la bolsa. La finalidad de utilizar las bolsas con grifo es la de evitar el cambio frecuente de la bolsa y por lo tanto, la retirada de la banda adhesiva, la cual puede provocar irritación en la piel del paciente y aumentar la posibilidad de una infección.
- Registrar en la historia clínica del paciente y en la hoja de control de paciente, las curas realizadas, de esta manera quedará registrado para que los compañeros de otros turnos tengan conocimiento de esas curas.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante el cuidado del paciente portador de drenajes” nos demuestra el papel del técnico en cuidados auxiliares durante el cuidado del drenaje, siendo importante su actuación para que el equipo de enfermería pueda realizar la cura sin ninguna incidencia destacable.

Es por ello, la importancia de que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería conozca el procedimiento más adecuado para la cura de los drenajes, así como del material necesario, ahorrando mucho tiempo durante las curas y evitando posibles infecciones al tener la herida destapada menor tiempo.

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
- www.cun.es/diccionario-medico

Capítulo 181

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA

GEMA ILLESCAS

ROSA CARO GARCÍA

MIRIAM PARIENTE GONZÁLEZ

CARMEN CÁRDENAS LARA

1 Introducción

Se entiende como enema a la disolución administrada al paciente, generalmente encamado, que lleva varios días sin poder defecar. Esta disolución va directamente al intestino grueso, permitiendo al paciente romper el tapón de heces y defecar.

En función de la finalidad buscada, hay dos tipos de enemas: enema de limpieza o evacuante, y enema de retención.

- Enema de limpieza.

La finalidad del enema de limpieza es eliminar todo resto de heces en el recto y en el ano. Es un enema muy utilizado tanto para conseguir que el paciente defeque, y para preparar el colón del paciente que va a ser sometido a una colonoscopia.

- Enema de retención.

Por lo contrario, al enema de limpieza, la finalidad del enema de retención no es la de limpiar el intestino, sino la de retener la disolución durante un tiempo determinado (entre 20 y 30 minutos) para conseguir una mayor absorción del fármaco administrado. o Enema oleoso. Utilizado en pacientes que sufren estreñimiento crónico, fecaloma y hemorroides. o Enema medicamentoso. Este tipo de enema puede ser; estimulante, laxante, anestésico, antiséptico, antihelmíntico y sedante. Es necesario administrar previamente un enema de limpieza. o Enema alimenticio. Con la finalidad de administrar sustancias nutritivas para que sean absorbidas por la mucosa del recto.

2 Objetivos

- Detallar el procedimiento utilizado para la administración de un enema.
- Enumerar las funciones realizadas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la administración de un enema.

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 de colocación de un enema.

Por norma general, los enemas son administrados a aquellos pacientes que se encuentran encamados y no pueden levantarse, puesto que al no tener movimiento intestinal no pueden defecar con normalidad y requieren de una ayuda para poder defecar.

Al ser la mayoría pacientes encamados, son pacientes que no pueden movilizarse por ellos mismos y requieren de ayuda para su movilización (movilización pasiva), por lo que será necesaria la actuación de dos personas para la administración de un enema, el celador (encargado de movilizar al paciente y posicionarlo en decúbito supino lateral izquierdo) y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (encargado de administrar el enema).

Es habitual que el enema sea administrado por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, sin embargo, en algunos servicios será el equipo de enfermería el encargado de administrar el enema al paciente, puesto que es necesaria la utilización de una sonda rectal para su administración.

Funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la administración del enema por parte del equipo de enfermería.

- Preparar el material necesario utilizado durante la administración del enema. Este material se basa en: enema, lubricante, guantes estériles, sonda, gasas, empapador, esponja, toalla, palangana y pañal.
- Preparar el enema cuando sea jabonoso.
- Comunicar al paciente la actuación que se le va a realizar y el motivo de ello.
- Comunicar a los acompañantes del paciente que deben abandonar la habitación, garantizando la intimidad del paciente.
- Si el celador no se encuentra disponible en el servicio, colocará la cama y posicionará al paciente.
- Si el paciente presenta síntomas de dolor o incapacidad para mantener el enema, se realizará la irrigación lentamente, a la vez que se tranquiliza al paciente.
- Asear al paciente y colocar un pañal limpio.
- Cambiar la ropa del paciente y de la cama si se ha ensuciado durante la administración.
- Limpiar y desinfectar el material reutilizable utilizado.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la administración de un enema. Tipos de enemas.” nos demuestra las actuaciones realizadas por cada una de las categorías profesionales que intervienen durante la administración de un enema a un paciente encamado.

Es importante hacer hincapié, que la persona que administra el enema dependerá, en un primer momento, de si es administrado con una sonda rectal o no lo es, y en segundo lugar, la disponibilidad del equipo de enfermería para la administración del enema, por lo que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá estar altamente capacitado para administrar el enema directamente con el aplicador y utilizando una sonda rectal.

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
- 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. Edición2021

Capítulo 182

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL ASEO A LOS PACIENTES ENCAMADOS

SILVIA JOVER SABARIEGOS

MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ

JENNIFER PEREZ HERRERA

ELENA GÓMEZ PALOMO

ROCIO ROJO MERCHAN

1 Introducción

El aseo de nuestros pacientes es algo muy importante y más aún cuando se trata de pacientes encamados, todos nuestros pacientes necesitan unos cuidados óptimos pero cuando se trata de pacientes encamados un poco más, ya que pasan muchas horas en cama.

Cuando estamos realizando el aseo a nuestros pacientes conocemos mucho más a los pacientes, sabemos más de ellos, sus puntos fuertes y sus puntos débiles, nosotros como TCAE conocemos el estado e integridad de la piel de nuestros pacientes pero a la vez conocemos sus sentimientos, como siente y lleva su enfermedad, debemos proporcionarle apoyo emocional a la vez que le realizamos el aseo diario y de ahí se crea una bonita relación entre paciente y profesional.

Normalmente para un mejor resultado realizaremos el aseo del paciente encamado entre dos personas, ya que a la vez debemos realizar el cambio de sábanas para una higiene plena.

Cuando estamos realizando el aseo conseguimos que nuestros pacientes se sientan bien, ya que gracias a una buena higiene se consiguen unos beneficios como mantener la piel en buen estado para conseguir que no haya ningún tipo de lesión en la piel.

Siempre que entremos a realizar cualquier función como TCAE a nuestros pacientes debemos presentarnos, saludarle e informarle de lo que vamos a realizar para que no se sienta intimidado.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del TCAE ante los pacientes encamados.

3 Metodología

Información sacada para realizar este trabajo de investigación sanitaria de diferentes fuentes de internet, a la vez que sacando información de revistas médicas y libros de teoría, sin dejar a un lado mi propia experiencia laboral en estos años como TCAE en una residencia de mayores donde tenemos muchos pacientes encamados y realizamos su aseo a diario.

4 Resultados

Una vez sabemos nuestros objetivos a seguir, antes de entrar a la habitación de nuestro paciente debemos preparar todo el material necesario tanto para realizar el aseo como para hacer el cambio de sábanas en este caso hablaremos de los materiales necesarios para un aseo:

1. Empapadores
2. Guantes
3. Carro de ropa sucia
4. Barreño
5. Agua a una buena temperatura
6. Esponja y gel
7. Crema corporal
8. Toalla limpia para secar

9.Ropa limpia

Cuando todos estos materiales estén listos entramos, nos presentamos y le diremos lo que vamos a realizar, si el paciente comparte habitación, pondremos el biombo o unas cortinas para su intimidad, o si duerme solo, pues cerraremos la puerta para que nuestro paciente se sienta cómodo.

Como todas nuestras funciones el aseo, también tiene un protocolo a seguir; primero se lava la cara, orejas, cuello, pelo, hombros, axilas, a continuación limpiamos el tronco, piernas, pies y espalda y por último lavaremos sus partes íntimas, secaremos todo el cuerpo muy bien incluido el pelo, secando muy bien la piel evitaremos heridas en la misma y una vez tenga la piel seca se aplica la crema hidratante.

Una vez que hayamos realizado el aseo al paciente, hayamos secado bien la piel y le hayamos aplicado la crema nos fijaremos que exista alguna alteración en la piel de nuestros pacientes, le pondremos ropa limpia y le realizaremos el cambio postural para evitar así, las UPP.

Siempre debemos realizar el aseo a nuestro paciente entre dos auxiliares, ya que así, lo haremos de una manera más rápida y de mayor calidad, sobre todo rápida, ya que muchos pacientes se cansan, o tienen heridas y les duele el hecho de estar moviéndolos, por eso, es mejor entre dos personas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión es muy importante realizar un buen aseo a diario a nuestros pacientes, así ellos se sentirán mejor y ayudará a evitar cualquier tipo de alteración en la piel de ellos, debemos conocer la importancia que tiene para ellos sentir confianza hacia nosotros, ya que somos los que más tiempo pasamos con ellos, y cuando ellos se sienten bien y cómodos todo es mucho más fácil, muchas de las veces se sienten solos y el rato que estamos nosotros les viene muy bien para hablar, saber como se sienten y conocerles más para conocer mejor sus necesidades, es muy importante que después de cada aseo realicemos el cambio postural, ya que así evitaremos que exista alguna alteración en la piel del paciente y ellos estén mucho más cómodos.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/higiene-aseo-tcae-tipos-de-pacientes-encamados/>
- <https://revistamedica.com/actividades-tcae-aseo-encamado/>

Capítulo 183

EL DOLOR CRÓNICO EN LOS ANCIANOS

JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO

JAIME PONCE ALFARO

RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA

FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO

MARIA CORTES MOLINA TORRALBA

1 Introducción

A medida que las personas envejecen, es más probable que se enfermen. Pero no todo el mundo envejece al mismo tiempo. La clave es el acortamiento de los telómeros con el envejecimiento.

Este es un proceso complejo que involucra factores, incluidos los telómeros. Parece que cuanto más interrumpa la división celular, más rápido se producirá el deterioro. Por ello, los hábitos de vida nocivos y/o tóxicos como el tabaco, las dietas inadecuadas y ricas en grasas, la depresión y la ansiedad aumentan el daño tisular, acelerando así el proceso de envejecimiento y dando lugar a enfermedades crónicas. También se ha demostrado que aumenta el riesgo de enfermedad. La diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y las posibles complicaciones resultan del dolor crónico de difícil control.

¿Qué es el dolor crónico?

Ø Dolor crónico que ocurre por más de 6 meses o dura más de lo esperado.

Ø Este tipo de dolor es más frecuente en los ancianos, en parte por la mayor prevalencia de patologías crónicas como la artrosis, algunas enfermedades cardiovasculares y neuropatías, ya que puede estar asociado a enfermedad.

Ø Los cambios en el cuerpo relacionados con la edad significan que el metabolismo de los medicamentos puede alterar la percepción del dolor, la duración del dolor y la respuesta a diferentes tratamientos. A esto se suma el hecho de que las personas mayores viven en entornos domiciliarios precarios, están institucionalizados o padecen trastornos mentales.

Dado que el dolor, como cualquier otra experiencia emocional, es subjetivo y solo el paciente conoce su propio dolor y la extensión del mismo, la evaluación depende necesariamente del paciente, debe seguir las instrucciones. Por lo tanto, la medición del dolor es una de las tareas más desafiantes tanto para los médicos como para los investigadores.

2 Objetivos

Describir por parte del TCAE los aspectos fundamentales a tener en cuenta en relación con el dolor crónico en ancianos (incidencia, causas, consecuencias, tratamiento y recomendaciones).

3 Metodología

Se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica exhaustiva en diversas bases de datos, con el objetivo de recopilar la mayor información posible disponible. Se utilizaron unos 10 artículos, todos ellos consultados en bases de datos como Dialnet, Scielo, Pubmed o revistas como Elsevier. También se realizó una búsqueda en Google académico. Con estos términos se han combinado con los operadores booleanos AND y OR para concretar la búsqueda.

Entre las palabras clave buscadas destacan: Valoración del dolor; paciente anciano; dolor crónico; tratamiento dolor crónico; fármacos dolor anciano o prevalencia dolor anciano.

4 Resultados

Incidencia del dolor crónico en adultos mayores

El dolor crónico es una condición común y, a menudo, incapacitante en adultos mayores. Las percepciones del dolor crónico entre los residentes mayores de hogares de ancianos y centros de convalecencia se descuidan en más de la mitad de los pacientes, especialmente aquellos con problemas de comunicación.

Las percepciones del dolor crónico entre las personas mayores que viven en hogares de ancianos y residencias son desatendidas en más de la mitad de los pacientes, especialmente aquellos con problemas de comunicación. El diagnóstico de dolor crónico está gravemente infradiagnosticado, especialmente en adultos mayores que carecen de habilidades de comunicación.

Se encontró que la incidencia y la prevalencia del dolor crónico en los ancianos era un 15 % más alta que la gente joven. Los umbrales de dolor elevados pueden influir en las advertencias de dolor sobre el daño tisular. Por lo tanto, todo esto puede conducir a una disminución de la detección y el registro del dolor en los adultos mayores.

Causa más común de dolor crónico en el anciano

Dolor nociceptivo: enfermedad arterial coronaria. espondiloartropatía, osteoporosis, enfermedad de Paget. Polimialgia artritis reumatoide. fractura. artritis reumatoide, procesos oncológicos.

Dolor neuropático: ACVA, neuropatía trófica. neuropatía periférica, neuralgia posherpética, neuralgia del trigémino, progresión del tumor o consecuencias de la radiación o la quimioterapia.

Dolor mixto: secundario a fibromialgia, dolor miofascial, espondiloartropatía, procesos neoplásicos, radiación o quimioterapia.

Este tipo de dolor puede ser nociceptivo, neuropático (que afecta el sistema nervioso) y dolor mixto.

Consecuencias del dolor crónico

Incluyen depresión, ansiedad, anorexia, obesidad y desnutrición, deterioro cognitivo, ritmos alterados de vigilia-sueño, cambios funcionales y disminución de

la socialización. Aumento de los costos de atención médica y una disminución drástica de la calidad de vida.

La autoevaluación se considera el método más adecuado para cuantificar el dolor. Los profesionales médicos tienden a subestimar el dolor, mientras que las familias y los cuidadores de los pacientes tienden a sobrestimar el dolor.

Tratamiento y recomendaciones para el dolor crónico en adultos mayores

La individualización del tratamiento puede mejorar el control de algunos tipos de dolor, se recomiendan medicamentos adyuvantes como los antidepresivos en combinación con opioides. El tipo de dolor y la función hepática y renal determinan la elección del suplemento opioide.

El objetivo del tratamiento del dolor crónico es reducir el dolor, no eliminarlo por completo. En tales casos esto es muy difícil de hacer. Sin embargo, es lograr la optimización de las actividades de la vida diaria para las personas mayores. Debe comenzar con una dosis baja y ajustar gradualmente su tratamiento.

Hasta que el dolor crónico sea visto con mayor preocupación, es importante educar a los profesionales de la salud. Estos mismos pacientes ven el dolor como una parte normal del proceso de envejecimiento de ciertas enfermedades.

Este es nuestro trabajo. Debemos cambiar esta mentalidad e intentar tratar a estas personas, sea cual sea el origen de su dolor, y hacer que regresen a sus actividades lo antes posible.

5 Discusión-Conclusión

El dolor tratado inadecuadamente tiene efectos devastadores que afectan no solo a la persona, sino también a su familia, amigos y sociedad en general.

La evaluación del dolor crónico puede ser particularmente desafiante ya que el deterioro cognitivo es más común en esta población. Por lo tanto, es importante reconocer que los pacientes mayores padecen dolor crónico como una enfermedad y no como parte del dolor crónico como un síndrome o como una manifestación clínica aislada.

Es nuestra responsabilidad estudiarlos detenidamente y ofrecer un abordaje interdisciplinario encabezado por varios especialistas, por ejemplo geriatras.

Es muy importante que los profesionales de la salud brinden la atención adecuada para que estos pacientes puedan mantener una buena calidad de vida y brindar la calidad de atención que necesitan.

6 Bibliografía

1. Madison Víctor, De Ramón, Víctor Whizar. Lille Fuentes. Dolor Crónico en el anciano. *Anestesia en Mexico*. January 2005; 17 (1): 37-45
2. J. J Noceda, C. Moret e I. Lauzirika. Características del dolor osteomuscular crónico en paciente de Atención Primaria. Resultados de un centro rural y otro urbano. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2006; 5: 287-293
3. Dr. Alfredo Covarrubias-Gómez. Manejo del dolor en el paciente anciano. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2006; Vol.29 (1): 207-209
4. J. Álabá y E. Arriola. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. *Revista de la Sociedad Española del dolor*. 2009; 16 (6): 344-351
5. Cecilio Álamo. Opioides y dolor crónico en el paciente geriátrico. Del reto al éxito. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2008; 7: 437-439

Capítulo 184

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO

NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA

M^a NIEVES CUTANDA GARCIA

FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ

MERCY DEL ROCIO CHAVEZ ROMERO

YOLANDA SANTAELLA DIAZ

1 Introducción

En la actualidad existen varios tipos de quirófanos, su clasificación depende del tipo de cirugía que se practique en ellos.

Los cirujanos de alta tecnologías están destinados al trasplante de corazón, pulmones. Cirugía cardíaca extra corpórea y de aorta. Los privilegios a los convencionales no se practicaban cirugías y cirugía mayor ambulatoria. Y los quirófanos de cirugía menor ambulatoria y salas de partos.

La cirugía es una de las áreas más delicadas en los centros hospitalarios y los pacientes que son intervenidos quirúrgicamente se requieren de una atracción de cuidados básicos, así como un apoyo psicológico.

El técnico de cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel muy importante en la unidad de cirugía, es el encargado de la limpieza, organización y reposición del material instrumental, así como de la atención integral al paciente.

Los quirófanos tienen una localización específica cerca del Banco de Sangre, la sala de esterilización, sala de recuperación, cuarto de anestesia...

El área de quirófano tiene zonas delimitadas antes del acceso al propio quirófano, son las áreas restringidas con el objetivo de evitar su contaminación y sistematizar los procesos que se realizan en el acto quirúrgico.

El área sucia incluye las oficinas, administración, baños y vestidores principalmente. Es el acceso al área de quirófano, aquí el personal puede de ingresar con ropa de calle o la bata clínica para cambiarse por el pijama que se usa en quirófano.

En el área limpia se requiere de vestir el uniforme quirúrgico completo para el acto o esta zona, pijama, mascarilla, botas, gorro...

Los límites entre el área sucia y el área limpia son la trampa de camillas que es el sitio por donde va a ingresar el paciente y la trampa de botas que justo donde ingresa el equipo quirúrgico.

El área limpia es donde se guarda el material estéril para la realización de operación quirúrgica. Y el área estéril es la sala de operaciones propiamente dicha, es donde mayor restricción existe.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desarrolla la mayor parte de su trabajo en el área limpia aunque tiene acceso a quirófano para realizar sus tareas, pero no suele estar presente en la cirugía.

2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo son exponer las delimitaciones del quirófano y sus zonas, las unidades que están cerca como apoyo...

Dar a conocer las tareas que realiza el técnico con cuidados auxiliares de enfermería son 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

La rutina diaria del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en quirófano y sus funciones se desarrollan en el área limpia y en el quirófano propiamente dicho.

Antes de empezar con las tareas el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe mirar el tablón para ver el número de cirugías se tendrán ese día y tomar información relevante, como la duración de cada una. En un quirófano medio pueden practicarse dos energías una corta y otra larga, de varias horas.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, a primera hora organiza el material y el instrumental necesario para las cirugías, en la zona limpia se almacena el material estéril, además hay un calentador de agua en el que se calienta el suero, ya que en las cirugías se usa mucho y se necesita caliente. El TCAE que es el encargado de poner las botellitas de suero dentro de un Baldo con agua caliente. Prepara la mesa de quirófano, coloca un empapador y un entremetido de gasa como protección estéril entre la mesa y el instrumental.

En quirófano, se asegura de que haya tubos para intubar y mascarillas para anestesia de todos los números y tipos, medias y botas de complexión.

Sobre las 8:30h aproximadamente, el celador trae al primer paciente, que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, con ayuda del celador, trasladan al paciente desde su camilla a la mesa de quirófano.

El TCAE ayuda a soldar al paciente una vez que está sedado.

El TCAE permanece en la sala limpia durante la intervención quirúrgica. La sala limpia y el quirófano se comunican por una ventana, de esta forma el auxiliar de enfermería puede entregar material o instrumental, al equipo de enfermería, si se requiere en el momento de la intervención.

Una vez terminada la cirugía, las enfermeras graduadas, entregan el instrumental, en la mesa de material, para esterilizar a la técnica en cuidados auxiliares de enfermería.

Una vez esterilizado, la TCAE deja el material preparado para que las enfermeras puedan montar la caja de cirugía.

En TCAE, se encarga de llevar las muestras a anatomía patológica, y las mete en formol si es necesario.

Además, se encarga de la reposición y pedido del material y comprobar las fechas de caducidad.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en quirófano tiene la función principal de encargarse del instrumental que se usará en la cirugía, debe comprobar que esté en correcto funcionamiento y no tenga desperfectos, así como de su correcta esterilización.

Debe enviarlo al servicio de autoclave si es necesario o realizar la esterilización en el área de limpio, dependiendo del protocolo del hospital.

Y dejarlo preparado para que la DUE pueda colocar la caja de cirugía.

Además, se encarga de la reposición y estado de caducidad del material, realizando los pedidos según stock.

En cuanto a las funciones con el paciente ayuda a los celadores a trasladarlo a la mesa de cirugía y ponerle en la posición adecuada para la misma.

6 Bibliografía

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-quirofano/#::text=El%20t%C3%A9cnico%20en%20cuidados%20auxiliares,de%20material%20e%20instrumental%20quir%C3%BArgico.>

<https://revistamedica.com/protocolo-actuacion-tcae-quirofano/>

Capítulo 185

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS POST MORTEM

MARIA CORTES MOLINA TORRALBA

JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO

JAIME PONCE ALFARO

RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA

FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO

1 Introducción

Los cuidados post mortem, también conocidos como cuidados post mortem o cuidados mortuorios, son una serie de procedimientos y cuidados que se realizan al cuerpo de una persona fallecida.

Es importante destacar que los cuidados post mortem son un proceso delicado que debe ser manejado con el máximo respeto y cuidado. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un rol vital en la realización de estos procedimientos, asegurando que se lleven a cabo de manera respetuosa y profesional.

Los cuidados post mortem involucran una serie de acciones que se realizan después del fallecimiento de un paciente, con el objetivo de preservar su integridad y brindar consuelo a los seres queridos. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería trabaja en colaboración con el personal médico y de enfermería para llevar a cabo tareas como el aseo y preparación del cuerpo, el manejo adecuado de dispositivos médicos y la coordinación de los aspectos logísticos y administrativos del proceso.

En definitiva, la labor del TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) en los cuidados post mortem es fundamental para garantizar una atención adecuada al fallecido ya su familia en un momento tan difícil como es la pérdida de un ser querido.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en los cuidados post mortem.

3 Metodología

La metodología llevada a cabo se ha basado en la consulta de variadas páginas webs, base de datos y artículos con el fin de ahondar en el tema y conseguir información importante para alcanzar los objetivos descritos en el apartado anterior.

4 Resultados

En los cuidados post mortem, el TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) desempeña un papel importante en la preparación del cuerpo del fallecido. Algunas de las labores y cuidados que pueden llevar a cabo un TCAE en esta situación son:

- Asegurar la intimidad del desaparecido.
- Colocar los equipos de protección individual (EPI) y preparar los recursos materiales necesarios.
- Mantener la cama en posición horizontal.
- Realizar pruebas que certifiquen la defunción, en coordinación con el médico.
- Preparar el cuerpo del fallecido para su posterior traslado a la cámara mortuoria.

Es importante recordar que durante todo este proceso, se deben seguir los protocolos y medidas de seguridad adecuadas para prevenir la propagación de en-

fermedades infecciosas. Además, existe una serie de cuidados que se deben tener en cuenta durante el proceso de preparación del cuerpo del fallecido. Algunos de estos cuidados incluyen:

- Colocar las prótesis dentales en la boca y cerrarla.
- Cerrar los ojos del desaparecido aplicando una ligera presión con las yemas de los dedos o colocando una torunda de algodón húmedo sobre ellos.
- Peinar el cabello del fallecido.
- Poner los brazos cruzados sobre el pecho y atar las muñecas y los tobillos con vendas o esparadrapo.
- Colocar la identificación del fallecido en los tobillos, si es necesario.

El TCAE trabaja en colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos y enfermeras, para garantizar un manejo adecuado del cuerpo del fallecido y brindar apoyo a los familiares en este momento difícil. Es importante destacar que estos cuidados deben llevarse a cabo siguiendo los protocolos establecidos y respetando la dignidad y privacidad del fallecido.

En resumen, las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los cuidados post mortem incluyen la preparación del cuerpo del paciente fallecido, el apoyo emocional a los familiares, la documentación de la información relevante y la colaboración con otros profesionales.

5 Discusión-Conclusión

En la práctica de los cuidados post mortem, también conocidos como cuidados mortuorios, el papel fundamental del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) se destaca en la preparación respetuosa y digna del cuerpo del fallecido. Estos procedimientos, llevados a cabo en coordinación con profesionales médicos y de enfermería, abarcan diversos aspectos cruciales. Desde la implementación de medidas de protección personal hasta la realización de pruebas de defunción en colaboración con médicos, el TCAE contribuye a la higiene y presentación adecuada del cuerpo. Además, se enfoca en detalles que preservan la apariencia y privacidad, como cerrar los ojos, peinar el cabello y colocar prótesis dentales. También se encarga de la disposición adecuada del cuerpo y la identificación necesaria. En todo momento, el respeto, la confidencialidad y la adherencia a protocolos de seguridad son esenciales. La labor del TCAE en los cuidados post mortem se traduce en un apoyo integral a los seres queridos y en el cumplimiento de los últimos honores a quienes han partido.

6 Bibliografía

<https://congresosicepa.com/cuidados-post-mortem/>
<https://revistamedica.com/cuidados-post-mortem-auxiliar-de-enfermeria/>
<https://revistamedica.com/tcae-cuidados-post-mortem/>
<https://www.somostcae.es/cuidados-post-mortem/>
<https://revistamedica.com/tcae-cuidados-post-mortem-covid-19/>
<https://www.murciasalud.es/preevid/19030>

Capítulo 186

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CONSULTA DE MONITORES DE PARTOS

FELICIDAD MEZCUA LOPEZ

SILVIA ELENA ARCUS

CRISTINA CENCERRADO RUIZ

MIRIAM ABAD LÓPEZ

LAURA ZARZA AVILA

1 Introducción

Las mujeres embarazadas alrededor de la treinta seis o treinta y siete semanas del embarazo tienen que acudir a la consulta de monitores, nombre que comúnmente se le da a la monitorización fetal, para controlar ciertas constantes del feto. Esta consulta se realiza hasta la fecha final del parto, tres o cuatro veces por semana, por lo avanzado que está el estado del feto.

Estas constantes que se controlan cerca del alumbramiento, que se produce alrededor de la cuarenta y una semanas, son los latidos o frecuencia cardiaca,

la oxigenación en sangre, las contracciones uterinas, y el estado general del feto, es decir, que no exista sufrimiento fetal, que podría adelantar el parto antes de su término. El sufrimiento fetal se constata en las gráficas que generan las cintas de electrodos que se le colocan a la paciente, que puede acudir desde su domicilio o desde la planta de ginecología donde se encuentra ingresada.

La consulta de monitores consiste, por lo tanto, en colocar a la mujer embarazada unos electrodos de una cinta que envuelve toda la cavidad abdominal que detectan por medio de gráfica todas las constantes mencionadas anteriormente.

La consulta está compuesta por la matrona y el TCAE, y siempre está funcionando en turno de mañana.

2 Objetivos

- Conocer el funcionamiento y organización de la consulta de monitorización fetal.
- Describir las tareas que el TCAE realiza en la consulta de monitorización fetal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, así como otras fuentes consultadas.

4 Resultados

El TCAE y la matrona de la consulta de monitores gestionan la consulta independientemente del servicio de paritorio, aunque luego pasan los resultados al ginecólogo que tiene asignado la paciente. El TCAE programa la consulta con las citas en distintos días y horas, excepto los monitores de urgencia, embarazadas ingresadas, que precisan una respuesta rápida del estado del feto.

En la sala de espera de los monitores, las mujeres embarazadas, programadas, esperan a ser llamadas por el TCAE, que las coloca dentro de la consulta, que está dotada de sillones abatibles y alguna cama para las embarazadas que están más incómodas en los primeros.

El TCAE coloca la cinta con los electrodos a cada paciente, y junto, con la matrona, están pendiente de las constantes del feto, en caso, que la gráfica diese unos resultados de sufrimiento fetal, se avisará inmediatamente al ginecólogo, por si hubiese que realizar una cesárea.

En la consulta, los datos de las gráficas de cada paciente, quedan registrados y guardados en la carpeta del paciente, que a modo de archivo, se tienen en la consulta, donde el TCAE, a petición de la matrona o ginecólogo, buscará y entregará la carpeta solicitada.

La monitorización dura aproximadamente de treinta a cuarenta y cinco minutos, tras los cuales, si todas las constantes que el TCAE ha tomado, son las normales y correctas para la semana que tiene el feto, la mujer, ayudada por el TCAE, es dada de alta y se marcha a casa.

El TCAE, le da cita de nuevo para que vuelva a monitores dentro de unos días, pues la monitorización fetal se realiza tres o cuatro días en las semanas treinta y seis hasta la cuarenta y una.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del TCAE en la consulta de monitorización fetal es una labor que complementa la atención a la mujer embarazada con los cuidados y servicios que ofrece el servicio de paritorio. Es un trabajo importante el que realiza el TCAE en la consulta, puesto que de este, depende, en gran medida, que el parto se lleve a buen término, con un final feliz, tanto para la madre como para el futuro bebé. Es importante prestar atención y cuidado en las gráficas obtenidas de cada paciente, y que el TCAE, no caiga en el error de guardar unas en la carpeta de otra paciente, porque al revisar los datos, puede dar lugar a llevar un control inadecuado del feto y de la madre.

6 Bibliografía

1. El TCAE y la preparación de la gestante para realizar un ph. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Manejo de la monitorización intermitente. Disponible en: <https://revistamedica.com>
3. Funciones del auxiliar de enfermería en las distintas áreas. Disponible en: <https://www.auxiliar-enfermeria.com>

Capítulo 187

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PLANTA DE CIRUGÍA

FELICIDAD MEZCUA LOPEZ

SILVIA ELENA ARCUS

CRISTINA CENCERRADO RUIZ

MIRIAM ABAD LÓPEZ

LAURA ZARZA AVILA

1 Introducción

La unidad hospitalaria de cirugía tiene como misión acoger y cuidar a aquellos pacientes que van a ser intervenidos de la especialidad de cirugía, ofreciendo los cuidados preoperatorios y después de la intervención, aquellos cuidados postoperatorios, hasta que el paciente es dado de alta hospitalaria.

Cuando se habla de las intervenciones de la especialidad de cirugía, se entiende, otras, hernias de hiato, vesículas, hígado, problemas digestivos, etc., siendo una planta donde el trabajo diario es voluminoso.

La planta de cirugía se distribuye en habitaciones extendidas a lo largo de un pasillo central, unas están habilitadas para los ingresos, programados o urgentes,

de los preoperatorios de las intervenciones que se vayan a realizar, otras habitaciones, para el regreso o postoperatorios de los pacientes que ya han sido intervenidos.

También cuenta la planta con los despachos de los cirujanos y salas de curas, donde se atiende al paciente con la intimidad debida y fuera de la presencia de visitas y acompañantes. En esta planta sí se permite que el paciente esté acompañado por un familiar y que reciba visitas, siempre en el horario fijado por el centro hospitalario.

En la planta además de los cirujanos, también, trabajan, enfermeras, celadores y los TCAE, de estos últimos se describirán más adelante las funciones que desarrollan en la misma.

2 Objetivos

- Describir la estructura y funcionalidad de la planta de cirugía.
- Conocer las funciones que el TCAE realiza en la planta de cirugía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, así como otras fuentes consultadas.

4 Resultados

La planta de cirugía tiene, como se ha mencionado en la introducción, el ingreso de los pacientes programados para una intervención quirúrgica, estos pacientes pueden ser también de un ingreso derivado del servicio de las urgencias hospitalarias o de cualquier otra unidad hospitalaria. El TCAE atiende a estos pacientes que se encuentran en la fase de preoperatorio. El TCAE asea a los pacientes que no puedan realizarlo por sí mismos con la colaboración del celador, del mismo modo, rasura aquellas zonas donde se va a producir la intervención, en el caso de las pacientes que sean mujeres, en el caso de los hombres, la rasuración puede realizarla el celador.

En el preoperatorio, el TCAE, revisa todos aparatos que porta el paciente, como sueros y vías, o drenajes y bolsas, procurando que todo se encuentre en perfecto estado. Previamente ha informado al paciente de la obligación de estar en ayunas al menos doce horas antes de la operación.

El TCAE desviste al paciente, si este no puede realizarlo por sí mismo, en el caso de pacientes ancianos y que presentan poca movilidad física. Al mismo tiempo los cubre con un paño estéril verde, e informa al celador que ya está listo el paciente para ser llevado a quirófano.

Al mismo tiempo, en el lado de las habitaciones de la planta donde se ingresan los pacientes ya intervenidos, el TCAE, atendiendo al mismo, en todo lo referente al postoperatorio, revisando sueros, vías, drenajes, apósitos y todo lo referente al paciente. Con la colaboración del celador, el TCAE, coloca y acomoda al paciente en la posición más cómoda para el mismo.

En el caso que el paciente necesite la revisión de aperturas corporales y heridas, así como su limpieza y cura, el TCAE, colabora con la enfermera encargada del paciente para la realización de dicha cura.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del TCAE en la planta de cirugía contribuye de manera enorme a la recuperación del paciente después de ser intervenido, así como ayuda a la tranquilidad del mismo la información y apoyo, que le proporciona en la fase del preoperatorio.

El TCAE en la planta no está exento de trabajo diario, pero con su dedicación y siguiendo los protocolos de la planta, así como las medidas preventivas de seguridad y asepsia, permite que la estancia del paciente en la planta sea lo más breve posible, en pos de su mejoría y una rápida curación para el alta hospitalaria.

6 Bibliografía

1. Cuidados del TCAE en pacientes quirúrgicos. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Las funciones del TCAE en el cuidado del enfermo en planta. Disponible en: <https://revistamedica.com>
3. Funciones del TCAE en hospitalización. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 188

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PLANTA DE GINECOLOGÍA

FELICIDAD MEZCUA LOPEZ

SILVIA ELENA ARCUS

CRISTINA CENCERRADO RUIZ

MIRIAM ABAD LÓPEZ

LAURA ZARZA AVILA

1 Introducción

La planta de ginecología se encarga de cuidar y atender a las mujeres que tienen alguna enfermedad o anomalía con su aparato reproductor o con sus elementos relacionados, así como a las mujeres gestantes que están a punto de dar a luz y a las mujeres que ya han dado a luz. Estas pacientes últimas que han dado a luz también implican que sus bebés están ingresados con ellas.

En algunos centros hospitalarios la planta de ginecología está comprendida dentro del bloque de maternidad.

Todos estos pacientes pueden ser ingresados mediante varios sistemas, están los ingresos programados y los ingresos urgentes. En la planta de ginecología traba-

jan ginecólogos, enfermeras, celadores y TCAE. La planta se compone de habitaciones y las salas de exploración de las mujeres embarazadas.

El funcionamiento general se basa en el protocolo establecido para la planta, un horario fijo de visitas y acompañamiento, permite que un familiar pueda estar con la paciente; el horario de visitas, muy estricto, ya que los especialistas pasan revisión en la planta diariamente en la misma hora de la mañana.

Respecto al horario de las visitas y acompañantes hay que señalar que en la planta es muy estricto con su cumplimiento, debido al tipo de pacientes que se encuentran en la misma.

2 Objetivos

- Conocer el funcionamiento de la planta de ginecología.
- Describir las funciones que realizan los TCAE en la planta de ginecología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, así como otras fuentes consultadas.

4 Resultados

Las pacientes que provienen del servicio de las urgencias hospitalarias para su ingreso lo hacen desde la consulta de urgencia del ginecólogo, el TCAE, ya tiene preparada la habitación asignada e informa a la paciente, que solamente, puede acompañarla una sola persona. Además le da el camisón o bata, una esponja y una toalla para el aseo de la misma.

Aquellas otras pacientes que acuden con un ingreso programado, suben desde admisión general, el TCAE las ubica mismamente en la habitación asignada y le informa del protocolo de visitas de la planta.

Todos los días, el ginecólogo, realiza la visita de revisión de las pacientes que han dado a luz recientemente, y el TCAE le acompañe en esta acción que se realiza, habitación por habitación, por si el especialista necesita algún instrumento o material, que el TCAE le proporciona en el acto.

Las pacientes recién paridas tienen a sus bebés en los nidos de la planta, y el TCAE tiene la misión de acercar a los mismos con sus mamás, en las horas programadas de dar el pecho. En el caso que los bebés no aceptasen el pecho de la madre o necesitasen un aporte extra de alimento, es el TCAE, en nidos, el encargado de calentar y dar el biberón a los bebés.

En ocasiones, sobre todo, en las intervenciones mamarias, el TCAE acompaña al celador de la planta, con la cama de la paciente, para las pruebas diagnósticas que se realizan, como por ejemplo la implantación de un arpón en el pecho, que es la fase previa de la intervención en quirófano de cáncer de mama.

El TCAE es el encargado del almacén de planta, donde colocará los pedidos enviados desde el almacén general del centro hospitalario, así como tendrá provisto la planta de material de ropa de cama, como sábanas bajas, sábanillas y otros materiales necesarios en la misma.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE en la planta de ginecología contribuye con su trabajo a que la labor de la misma con los pacientes ingresados sea de una gran calidad asistencial, sobre todo, teniendo en cuenta el tipo de paciente que atiende ingresados. Es labor del TCAE en las visitas periódicas del ginecólogo, que las habitaciones y el pasillo de la planta estén vacíos de familiares y acompañantes, puesto que, además de preservar la intimidad de la paciente, estorbarían la labor del profesional.

El TCAE también tiene una labor fundamental en nidos, donde, con su esfuerzo y dedicación alimenta a los niños recién nacidos.

6 Bibliografía

1. Funciones del TCAE en el área de ginecología y obstetricia. Disponible en: <https://www.fp-santagema.es>
2. El TCAE en la unidad de obstetricia. Disponible en: <https://revistamedica.om>
3. Auxiliar de enfermería ginecología y obstetricia. Disponible en: <https://www.hca.es>

Capítulo 189

LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SONDAJE DE PACIENTES

ARMANDO MARTÍN AMBROSIO

MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN

CATALINA POVEDA RUBIO

MARIA JULIANA BURILLO TOMAS

CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ

1 Introducción

Cuando hablamos de sondas nasogástricas, estamos hablando de tubos de diversos materiales, longitudes y grosores, que van desde el orificio nasal hasta el estómago o el intestino delgado.

A través de unos balones inflables, podemos ejercer presión en alguna hemorragia interior para detenerla.

La sonda nasogástrica está indicada para pacientes que no pueden o no quieren ingerir alimentos. También podemos utilizarlas para tomar muestras del contenido del estómago.

Los pacientes con indicación de alimentación a través de sonda nasogástrica pueden ser alimentados con jeringa, por gravedad o bomba. En cualquiera de

los casos hay que seguir un procedimiento protocolario y unas condiciones generales a respetar.

Cuando vamos a iniciar la alimentación del paciente debemos comprobar que el preparado alimenticio está en buenas condiciones, comprobaremos que está bien cerrado, la fecha de caducidad, y antes de proceder a dárselo al paciente, debemos comprobar que está a una temperatura de unos 37 grados.

Cuando vayamos a usar la sonda siempre debemos comprobar que está fijada correctamente y que no va a volverse una vez que hayamos iniciado la alimentación, podemos introducir unos 20 o 30 cc de aire, y además con una jeringuilla podemos aspirar unos 50 o 100 mililitros para verificar que no hay restos de comida anterior en el estómago.

Cuando terminemos limpiaremos la sonda con agua para evitar la solidificación de los alimentos en la misma, y que no causa obstrucción.

Este proceso lo repetiremos cada cuatro o seis horas.

2 Objetivos

Explicar cómo introducir y extraer la sonda nasogástrica por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo hemos visitado varias publicaciones de carácter científico sanitario que hemos buscado a través del buscador Google Académico. También hemos tenido en cuenta nuestra propia experiencia laboral en el sistema sanitario madrileño, ya que trabajamos en diversos hospitales de la comunidad. Por último, hemos consultado temarios específicos de técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

4 Resultados

Cuando introducimos la sonda, iniciamos la alimentación o extracción, debemos seguir los protocolos establecidos.

Siempre nos lavaremos las manos con una solución hidroalcohólica durante 30 minutos, y además usaremos guantes. Si es posible, le explicaremos al paciente el procedimiento, de esta manera podrá colaborar.

La posición más adecuada para la introducción de la sonda nasogástrica es la

Fowler.

Para calcular la longitud de la sonda que vamos a necesitar para llegar al estómago, se calcula midiendo desde la punta de la nariz hasta el lóbulo de la oreja y desde ahí al apéndice xifoides del esternón.

Es importante lubricar el extremo de la sonda para el acceso de la misma sin causar daños en el paciente.

Si el paciente está consciente, podemos pedirle que, ya que el reflejo de la deglución hará que baje la sonda.

Si en algún momento encontramos resistencia, sacaremos un poquito la sonda y volveremos a repetir sin forzar. Si seguimos encontrando resistencia se lo consultaremos al médico.

Protocolo de bolus con jeringa:

1. Explicar al paciente qué se le va a hacer (nutrición enteral a través de una jeringa conectada a la sonda) y darle comodidad e intimidad.
2. Lavarse las manos, ponerse los guantes y proteger la cama.
3. Verificar la posición de la sonda y su permeabilidad.
4. Aspirar el contenido del envase con la jeringa.
5. Conectar la jeringa a la sonda y lentamente y durante 10 o 15 min, administrar el contenido prescrito.
6. Realizar la higiene de la sonda una vez terminada la administración, para evitar obstrucciones. Se hace con 40 o 60 ml de agua.
7. Registrar la técnica e incidencias.

Protocolo de administración por graveada o bomba:

Sistema de goteo con una bomba volumétrica que pauta el ritmo y la velocidad de infusión.

1. Explicarle al paciente qué se le va a hacer y darle intimidad y comodidad.
2. Lavarse las manos y ponerse los guantes.
3. Verificar la permeabilidad y la posición de la sonda.
4. Situar el envase unos 30 centímetros por encima de los puntos de inserción de la sonda.
5. Conectar el envase.
6. Purgar el sistema haciendo salir todo el aire.
7. Regular la velocidad de infusión.
8. Se empieza con una velocidad baja, que se puede ir incrementando según la tolerancia del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La sondas nasogástricas se colocan a los pacientes por varios motivos, algunos suelen ser para la extracción de muestras y para la alimentación, ya que nos encontraremos con pacientes que por diferentes patológicas no pueden o no quieren comer.

A la hora de alimentar a los pacientes debemos comprobar la fijación de la sonda, para evitar incidencias a la hora de comenzar con la alimentación, igual de importante es comprobar el estado de los preparados alimenticios.

Destacamos la importancia de mantener limpia la sonda, con lavados después de las alimentaciones, así como con unas rutinas establecidas de 4 o 6 horas.

En cualquiera de los casos debemos colocar la sonda con la máxima higiene y cuidado, siguiendo el protocolo establecido para ello.

6 Bibliografía

- <https://femora.sergas.gal/Cuidados-das-vias-sondas-e-drenaxes/DocumentosCP/CAS.%20SNG.%20Revisado%20PL.pdf> <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/434>
- Temario de Cuidados Básicos Aplicados a las Necesidades Humanas.
- Experiencia laboral de los autores:
- Hospital Universitario La Paz. Madrid.
- 336
- Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes.
 - Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid
- _Residencia San José (Perteneciente a la Diputación de Ciudad Real -Castilla La Mancha-).

Capítulo 190

CONTROL DE BOLSAS DE DIURESIS DE LOS PACIENTES POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ARMANDO MARTÍN AMBROSIO

MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN

CATALINA POVEDA RUBIO

MARIA JULIANA BURILLO TOMAS

CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ

1 Introducción

Es necesario un equilibrio líquido, electrolítico y ácido-base para conservar la salud y mantener las funciones corporales. Para ello, es fundamental el aporte de líquidos y electrolitos y una armónica eliminación de estos.

Con frecuencia, los desequilibrios vienen asociados a determinadas patologías. No ser humano adulto sano suele ser capaz de mantener un balance hídrico adecuado. Balance hídrico no es otra cosa que la cuantificación y registro de todos los ingresos y egresos de un paciente en un tiempo determinado (suele expresarse en horas).

A lo largo de un día, un ser adulto ingiere unos 2.500 ml de líquido, a través de la bebida (1.500 ml), los alimentos (700 ml), y el agua endógena (300 ml).

Aproximadamente, expulsa la misma cantidad mediante la sudoración, acción, no y las heces.

Para realizar un balance hídrico se suelen detener en cuenta el peso del paciente y el número de horas durante las que se efectuará el cálculo. Existen también otros factores como tanto en el ingreso de líquidos como en el egreso, que son constantes en todos los pacientes, pendientemente de su estado de salud, su sexo, etc.

El agua es el compuesto más abundante del cuerpo humano y representa aproximadamente el 50- 60% del peso total de un adulto joven y sano. Un cuerpo normal mantiene un equilibrio hídrico. Existe el líquido intracelular (LIC), que se representa en el 33-40% del peso corporal, y el líquido extracelular (LEC), que se sitúa fuera de la célula y está formado por líquido intersticial (10% del peso corporal) y líquido intravascular(plasma), lenta un 4% del peso.

Para efectuar el balance hídrico se efectúa una resta entre los ingresos y los egresos. El resultado puede ser positivo (si la cantidad de líquido ingresado es superior al egresado), neutro(cantidades equiparadas) o negativo(si los egresos superan a los ingresos).

Hay que tener en cuenta un factor constante a la hora de calcular los ingresos: El agua endógena(producida por la oxidación de los alimentos) se cifra en 300 ml en 24 horas. Por tanto, 12.5 ml por hora. Un factor constante en los egresos es la pérdida insensible de líquido que se produce por perspiración (sudoración), que se obtiene multiplicando 0.5 por el peso del paciente y por 24 horas.

2 Objetivos

Exponer la importancia de la ingesta de líquido y el control de la diuresis.

Describir el procedimiento de cambio y vaciado de la bolsa de diuresis por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo hemos visitado varias publicaciones de carácter científico sanitario que hemos buscado a través del buscador Google Académico. También hemos tenido en cuenta nuestra propia experiencia laboral en el sistema sanitario madrileño, ya que trabajamos en diversos hospitales de la comunidad. Por último, hemos consultado temarios específicos de TCAE.

4 Resultados

CONTROL DE LA DIURESIS.

La diuresis es la secreción de orina que se analiza tanto en términos cuantitativos como cualitativos (composición y trayecto íntegro de la orina desde su formación en el riñón hasta su expulsión por la uretra mediante la micción). Cuantitativamente, tesis normal presenta un flujo de orina entre 800 ml y 1.500 ml al día.

Si el paciente micciona espontáneamente, coge la orina de veinticuatro horas en un bote de plástico. En pacientes sondados, para recoger la orina se utiliza en las bolsas de diuresis, de material transparente, con válvula anti retorno y una escala graduada de medición de cantidad. Tienen un tubo antiacomodamiento, con un extremo (por donde se conecta la sonda) protegida para preservar la esterilidad, y presentan un sistema para colgar el soporte en la cama o colocarlo en la pierna del paciente.

La orina de la botella, bajo bolsa recolectora se vierte en un recipiente graduado. Observar cantidad, color y olor. El urinómetro es un dispositivo para determinar la densidad de la orina, como los otros gravitómetros y los hidrómetros.

PROTOCOLO DE CAMBIO DE BOLSA.

1. Explicar el procedimiento al paciente, de las manos y colocarse guantes.
2. Colocar una pinza de kocher en la sonda para no manchar la cama y para que no se dé reflujo en la vejiga por efecto sifón.
3. Pinzar el tubo de la bolsa y evitar derrames.
4. Preparar una gasa en bebida en antiséptico.
5. Separar la sonda del tubo en de la bolsa y proteger el extremo de la gasa para evitar cualquier riesgo de contaminación.
6. Retirar el capuchón de tubo de la nueva bolsa y conectar a la sonda.
7. Colocar la bolsa en su soporte de la cama.
8. Medir la cantidad de orina recogida en la bolsa, registrarla en la gráfica y tirar la bolsa.
9. Registrar técnica, incidencias y estado del paciente.

PROTOCOLO DE VACIADO DE BOLSA.

1. Explicará al paciente que se le va a hacer.
2. Lavarse las manos y colocarse guantes.
3. Abrir el dispositivo de la parte inferior de la bolsa y vaciar el contenido en el recipiente correspondiente.
4. Cerrar el dispositivo y limpiar las posibles restos con una gasa.
5. Quitarse los guantes y lavarse las manos.

6. Si es necesario realizar un control de diuresis, a notar en la hoja de registro la cantidad de orina recogida.

Se vacían las bolsas por completo, para que no se de crecimiento bacteriano en la orina residual. Se registra la hora de vaciado y el aspecto de la orina.

5 Discusión-Conclusión

El balance hídrico es el control exacto que tiene el personal de salud sobre los líquidos que ingresan y se eliminan por diferentes vías en un paciente.

El exceso o el déficit de líquidos, no es bueno y nos indica algún problema en el aparato urinario.

Los pacientes pueden ser sondados por varios motivos, uno de ellos, es para poder controlar las egresiones por vía urinaria.

Los técnicos auxiliares de enfermería deben seguir los protocolos para el cambio o vaciado de la bolsa, teniendo en cuenta la higiene de la misma y del paciente para evitar la proliferación de bacterias e infecciones en los pacientes.

6 Bibliografía

Temario de Cuidados Básicos Aplicados a las Necesidades Humanas.

Experiencia laboral de los autores:

- Hospital Universitario La Paz. Madrid.
- Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes.
- Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid
- _Residencia San José (Perteneciente a la Diputación de Ciudad Real -Castilla La Mancha-).

Capítulo 191

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN EL QUIRÓFANO

ARMANDO MARTÍN AMBROSIO

MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN

CATALINA POVEDA RUBIO

MARIA JULIANA BURILLO TOMAS

CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ

1 Introducción

Son muchas las funciones que puede desempeñar el profesional TCAE en el quirófano, pero siempre con la formación adecuada.

El quirófano es una sala en la que la asepsia y esterilización es fundamental, ya que existe el riesgo de infección, e incluso en pacientes la muerte. Se puede definir como aquella sala que se halla en sanatorios, hospitales o centros de atención médica y que está especialmente acondicionada para la práctica de operaciones quirúrgicas a aquellos pacientes que así lo demanden. Aunque tiene una serie de requisitos imprescindibles, es un espacio cerrado , acondicionado para las intervenciones quirúrgicas que se practiquen en él. En cuanto al acceso de personas

debe ser mínimo solamente las que vayan a practicar o realizar sus funciones laborales en este.

Dentro del quirófano van a tener salas con acceso restringido, de transición y no restringido esto va en función del tipo de esterilidad que va a acontecer en la sala en cuestión .

También forma parte del área quirúrgica la sala de espera del paciente, donde se realiza la preparación de este antes de entrar a quirófano es la antesala. Y otra sala intermedia entre en la finalización de la intervención y cuidados de reanimación del paciente.

2 Objetivos

Describiremos qué funciones puede llegar a desempeñar el TCAE en un quirófano y cómo se pueden prevenir las infecciones en él.

3 Metodología

Se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos y textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre los cuidados básicos o específicos de realizar TCAE en el quirófano.

Palabras clave: esterilidad, asepsia, cuidados, formación

4 Resultados

- En un primer momento el TCAE es el responsable de recibir al paciente que acudirá con el celador en una cama preparada quirúrgicamente. Se revisará en caso de que tenga algún tipo de objeto metálico, prótesis dental o cualquier material que pueda influir en el equipamiento quirúrgico. Comprobará mediante la pulsera identificativa los datos personales del paciente sean correctos.
- Tras esta valoración el TCAE junto con el celador colocará al paciente en la mesa de quirófano acorde a la cirugía que se le vaya a practicar, por ello Conoce las posibles posiciones quirúrgicas como kraske, prono etc.
- El TCAE tendrá todo el material preparado en cuanto a las cajas de instrumentación estériles, material para canalización de vías periféricas, material estéril de compresas, gasas etc.

- Ayudara al facultativo junto con la enfermera circulante a colocar la bata quirúrgica para comenzar la intervención para ello lo realizara de la siguiente forma: Tirar de la bata hasta los hombros, Anudar las cintas en la espalda, tirar de la bata tomándola por la parte frontal inferior.
- El TCAE estará atento también ante la disminución de la temperatura corporal del paciente para colocación de la manta térmica que tendrá preparada previamente.
- Al finalizar la intervención quirúrgica ayudará de nuevo al celador a colocarlo en la cama del paciente para traslado a una sala de reanimación . Donde se continuará con los cuidados necesarios.
- El profesional TCAE recogerá todo el instrumento , los limpiará y enviará a la sala de esterilización para que lo preparen para la próxima intervención.

5 Discusión-Conclusión

Se ha podido observar que las funciones que puede desempeñar un TCAE en una sala de quirófano son muchas y con mucha delicadeza, formación y por supuesto con ayuda del resto del equipo multidisciplinar que lo acompañara durante la intervención quirúrgica.

Todo lo que acontece durante la intervención, o anterior, debe conocerse que es un sitio el cual necesita una esterilidad y asepsia máxima para la prevención de infecciones nosocomiales o que puedan llegar a complicar la situación del paciente.

Resaltamos la importancia y adecuada formación para conocer todo lo que necesita realizar el TCAE en un quirófano y todas las posibles funciones que debe realizar en este.

6 Bibliografía

- Coma A, Álvarez J, Sánchez G, Pardos P. Accidentes biológicos y riesgos laborales en personal de enfermería de quirófano. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com Volumen XVI. Número 3. Febrero de 2021. Vol. XVI; nº 3; 126. (Internet).
- López S. Riesgos biológicos del personal de enfermería relacionado con el manejo de bioseguridad en el área de quirófano del hospital provincial general 345 latacunga en el periodo diciembre 2013 junio 2014. (Internet).

Capítulo 192

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE ENCAMADO

TAMARA BERTOL GÓMEZ

ESPERANZA GARCÍA-VAO MORAGA

NURIA LOZANO ALGABA

MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO

DIEGO LÓPEZ PONCE

1 Introducción

Atendiendo a la definición de úlceras por presión (UPP) son muchos los cambios que esta ha sufrido a lo largo de su historia, observándose gran variedad de estas durante la revisión bibliográfica, partiendo de la primera definición dada por John Shea en 1975 donde otorgaba a las úlceras el título de “cualquier lesión provocada por una presión ininterrumpida que provoca lesión en el tejido subyacente”. Tras numerosas actualizaciones, propone definir las UPP como “una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia

ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos. Las úlceras por presión se desarrollan en 4 estadios, siendo el más leve el Estadio I (piel intacta con enrojecimiento) al más grave, el Estadio IV (pérdida total del espesor del tejido con exposición del hueso, tendón o músculo).

Actualmente la escala más empleada para su valoración y predicción es la escala de BradenBergstrom la cual evalúa 7 puntos: percepción sensorial, la exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad corporal, nutrición, roces y peligros de lesiones). Los principales factores de riesgo para desarrollar escaras son:

Edad (más de 60 años), obesidad o desnutrición, características de la piel, alteraciones motoras o sensoriales, alteraciones en el proceso de eliminación de desechos del organismo, inmovilidad prolongada, es decir, sistema inmunitario debilitado o vasculatura periférica y estado alterado de la conciencia

2 Objetivos

- Conocer la teoría y la práctica del cuidado y la prevención de las úlceras por presión de los pacientes por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Se elaboró un estudio detallado para llevar a cabo el estudio en base a la literatura científica de la que disponemos. Se realizó una búsqueda exhaustiva y una revisión bibliográfica para comparar y complementar todos los datos recopilados en diversas fuentes, como Pubmed, Medline y Scielo, y para seleccionar artículos científicos de las publicaciones científicas revisadas.

4 Resultados

El desempeño del técnico en cuidados auxiliares de enfermería se clasifica en evaluación, prevención y tratamiento. La evaluación es el análisis y evaluación del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. Se utilizan comúnmente varios tipos de escalas para evaluar el estado general, la lesión y la atención de un paciente. Por lo general, se realizan periódicamente durante la admisión y la reevaluación del paciente. Ejemplos de estas escalas son la Escala de Norton y

la Escala de Braden. La profilaxis debe realizarse de forma continua, sistemática y sistemática, teniendo en cuenta: valoración de la piel, especialmente en las zonas de riesgo, higiene adecuada a cada paciente, protectores de la piel, evitar el exceso de humedad, colonias, arrugas en la cama. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es responsable de realizar reposicionamientos individuales cada 2-3 horas, según sea necesario, aproximadamente las 24 horas del día. Facilita la movilización activa y la movilización pasiva.

Las almohadas se usan comúnmente durante estos reposicionamientos para ayudar en la alineación, el posicionamiento y la acomodación adecuados del paciente, o posición sentada. También es muy eficaz el uso de dispositivos de alivio de presión: vendajes anatómicos, almohadas, taloneras, botas, guantes, colchones de aire de repuesto o alternados, camas fluidas, camas de clinitrón de descanso bajo (bolas fluidas), tripas o camas de sábanas, etc. Si se encuentran lesiones, el tratamiento puede mejorar la supervivencia de los tejidos blandos, promover la cicatrización y prevenir la propagación de las lesiones y la infección. Entonces lo primero que se debe hacer es limpiar la herida (desde el centro hacia afuera para evitar la contaminación) y luego proceder al desbridamiento (quirúrgico, enzimático, autolítico, osmótico o mecánico) y listo.

Este procedimiento es realizado por personal de enfermería en colaboración con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, según sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

Lo más importante a recordar sobre este tema es la importancia de la prevención. El mantenimiento de la integridad de la piel de un paciente evita cualquier efecto adverso sobre el paciente, como un aumento de lesiones, una curación acelerada, una mayor estancia hospitalaria, un aumento de las complicaciones de las afecciones médicas y un aumento de los costes para el sistema sanitario. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se convierte en parte esencial de la observación y el cuidado en la vida cotidiana porque se relaciona con la satisfacción de las necesidades básicas de los pacientes que lo necesitan. Esto significa que los criterios se tienen en cuenta en el proceso de toma de decisiones del equipo multidisciplinario.

6 Bibliografía

- <http://es.slideshare.net>.
- <http://revistamedica.com>.

- <http://books.google.es>.

Capítulo 193

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PAPEL ANTE UN PACIENTE CON ALZHEIMER

TAMARA BERTOL GÓMEZ

ESPERANZA GARCÍA-VAO MORAGA

NURIA LOZANO ALGABA

MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO

DIEGO LÓPEZ PONCE

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer es conocida como una enfermedad neurodegenerativa que provoca la pérdida progresiva de neuronas, provocando una disfunción del sistema nervioso, destruyendo lentamente la memoria, la capacidad de pensar y la capacidad de realizar las actividades diarias. La enfermedad de Alzheimer cambia el comportamiento y la personalidad de los afectados. La enfermedad afecta a personas mayores de 65 años, principalmente mujeres. La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad que destruye gradualmente las células nerviosas, por lo que no tiene cura y se considera una enfermedad incurable. Cualquier enfermedad tiene diferentes tipos de riesgos y en este caso hablaremos de ello.

Edad avanzada, antecedentes familiares, síndrome de Down, los síntomas más comunes suelen ser: Pérdida de memoria a corto y largo plazo, cambios de lenguaje, desorientación, cambios de personalidad y comportamiento, depresión, etc. La enfermedad de Alzheimer tiene diferentes etapas:

1. Demencia temprana

2. Demencia moderada

3. Demencia severa. Nuestros pacientes que padecen la enfermedad de Alzheimer no reconocen a sus familiares, pero tienen recuerdos emocionales y la celebración. No sabes quiénes somos, quiénes son tus seres queridos, aunque no nos conozcan al 100%, se preocupan por nosotros, recuérdanos, El amor que podemos transmitir de personas que se sienten apoyadas, nuestro estado de ánimo paciente tiende a ser. Cambia de un momento a otro y hasta les hace felices, empiezan a llorar, se enfadan, se vuelven agresivos, pierden el control de los músculos del esfínter, caminan, comen, beben cuando la enfermedad está muy avanzada, e incluso olvidarse de hablar. La esperanza de vida estimada para las personas con la enfermedad de Alzheimer suele ser de 8 a 10 años.

2 Objetivos

- Describir el papel que juega el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el ámbito asistencial de estos pacientes con enfermedad de Alzheimer.

3 Metodología

Se elaboró un estudio detallado para llevar a cabo el estudio en base a la literatura científica de la que disponemos. Se realizó una búsqueda exhaustiva y una revisión bibliográfica para comparar y complementar todos los datos recopilados en diversas fuentes, como Pubmed, Medline y Scielo, y para seleccionar artículos científicos de las publicaciones científicas revisadas.

4 Resultados

La atención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para pacientes con Alzheimer incluye:

- HIGIENE

El tratamiento respeta la intimidad del paciente y presta especial atención a las uñas y los pies. Para la enfermedad en etapa temprana, se intenta el tratamiento

apropiado. Promover la autonomía del paciente y ayudar a los pacientes solo cuando sea necesario.

-EN EL COMEDOR

A estos pacientes se les proporciona una dieta equilibrada. Dependiendo de la etapa de la enfermedad, la vajilla y los cubiertos deben ser irrompibles y la vajilla y los cubiertos deben tener mangos más gruesos de lo normal para garantizar una sujeción adecuada. Debe ser alimentado en una posición sentada.

- ZONAS DE INCONTINENCIA

Los problemas de incontinencia son comunes en estos pacientes. Por tanto, el control de esfínteres es fundamental y se deben tomar las medidas necesarias para mantener la piel seca en estos pacientes, ya que la exposición prolongada a la orina puede producir dermatitis. Se debe realizar una evaluación intensiva para evitar las úlceras por presión al usar pañales. Limite la ingesta excesiva de agua y líquidos antes de acostarse. Se recomienda que estos pacientes se acostumbren a ir al baño y orinar antes de acostarse y después de levantarse, siempre teniendo en cuenta el estadio de la enfermedad.

- EN EL ÁREA DE LA MOVILIDAD

A medida que avanza la enfermedad, también lo hace la movilidad. Las personas con la enfermedad de Alzheimer ya no pueden realizar la misma actividad física por sí mismas y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería necesita ayudarlos a mantenerla. Mientras camina, la enfermera le pedirá que separe ligeramente las piernas (esto le ayudará a mantener el equilibrio y evitará caerse) y que levante las piernas sin arrastrarlas (doble un poco las rodillas). Y cuando salga, su talón debe estar hacia abajo primero y avanzar hacia los dedos de los pies. Se recomienda el uso de bastón o andador cuando las personas con enfermedad de Alzheimer ya no pueden caminar por sí mismas. Al usar un bastón, la mano de apoyo debe estar al nivel de la cintura, y el brazo que sostiene el bastón y la pierna opuesta deben avanzar al mismo tiempo al caminar. Cuando use un andador, sus manos deben estar completamente apoyadas en los mangos del andador y el andador no debe estar a más de 30 a 40 centímetros de la persona.

5 Discusión-Conclusión

La importancia del personal del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el cuidado de las personas con la enfermedad de Alzheimer es trabajar juntos para hacer la tarea cada vez más fácil para las familias afectadas por las personas con la enfermedad de Alzheimer. Esto es muy importante para los familiares de la persona con la enfermedad neurodegenerativa.

Por último, comentar que la enfermedad se está extendiendo muy rápidamente por todo el mundo y que hay personas que la desarrollan incluso después de los 40 años, ya que la enfermedad suele desarrollarse después de los 60 años (que es muy raro).

6 Bibliografía

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

Capítulo 194

LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA

TAMARA BERTOL GÓMEZ

ESPERANZA GARCÍA-VAO MORAGA

NURIA LOZANO ALGABA

MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO

DIEGO LÓPEZ PONCE

1 Introducción

Una fractura de cadera es una lesión grave que puede tener complicaciones graves. Las fracturas de cadera que requieren reparación o reemplazo generalmente requieren tratamiento. Esta lesión es más común entre los adultos mayores por diferentes motivos, pero también puede ocurrirle a las personas por otros motivos, como accidentes automovilísticos, caídas, etc. Cuando se ingresa la columna lumbar, es necesario que participe un equipo médico competente, desde traumatismos de suelo, medicina interna, hasta quirófano, rehabilitación, fisioterapia y atención psiquiátrica. No solo hay trabajadores clave de la salud, sino que el sistema de salud es peligroso y costoso porque requiere muchos profesionales, mucho equipo y largos tiempos de recuperación.

Es muy importante trabajar duro para prevenir el estrés óseo y prevenir caídas, lo que puede prevenir fracturas de cadera. En nuestro trabajo en grupo discutimos las posibles causas diferentes del dolor de cadera, los problemas derivados de las fracturas antes mencionadas y, lo que es más importante, el cuidado y la atención que un técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe brindar a un paciente al ingresar un centro hospitalario.

En caso de caída, intente prevenir la caída para evitar fracturas, porque la edad avanzada todavía tarda mucho más en sanar.

2 Objetivos

- Describir funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en presencia de pacientes con lesiones de cadera.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como técnico en cuidados auxiliares de enfermería necesitamos saber el procedimiento correcto a seguir para caídas de pacientes y fracturas de cadera. Si vemos que hay una caída y pensamos que se ha roto la cadera, avisaremos a la enfermera de inmediato y no se levantará hasta que la enfermera valore el estado del paciente.

Necesitamos saber los tipos de fracturas que existen, aquí te explicamos brevemente:

- 1. Tipo no invasivo.
- 2. El tipo II se puede realizar sin intervención.
- 3. Tipo III lleno de bajo desplazamiento.
- 4. Tipo IV completado, movimiento completo.
- Fracturas exógenas: Dolorosas e inestables. Dicho esto, si vemos que se cae un residente y pensamos que hay una fractura, tenemos que avisar a la enfermera,

pero también podemos ir a revisar si hay una fractura. Comprobación para ver si las piernas son iguales o más pequeñas, si es así, una posible fractura, mientras que la enfermera está examinando al paciente, el equipo de enfermería y el equipo médico. Deciden mandarlo a urgencias donde le harían un examen y sabrían si habría fractura y si había tal fractura, el doctor trataría de tratarlo como residente y podría ayudar. Sólo por contacto, en muchos casos se requiere cirugía, administración de analgésicos, inmovilización de la zona afectada, administración de heparina, administración de fármacos, etc. Cuando el paciente llegue a casa, la enfermera o el médico le comentarán el protocolo a seguir, si lo operaron, de qué lado, si se quedaría en cama, si podría ayudar, etc. No se olvide del cambio de posición para que la herida no sea útil para la cirugía en una cadera infectada, escuche la herida y si hay un cambio llame al equipo de atención al para que lo atiendan.

5 Discusión-Conclusión

En última instancia, nuestro trabajo es prevenir caídas en nuestros pacientes para que puedan llevar una vida saludable, pero si por alguna razón se caen, se rompen la cadera o necesitan cirugía, debemos conocer los procedimientos y tratamientos a seguir. Volviendo a casa del hospital, pero el mismo proceso, con la ayuda de un equipo de fisioterapeutas, enfermeras, médicos y técnico en auxiliares de enfermería para brindar una atención adecuada a nuestros pacientes, para nosotros tenemos que cambiar de lado cada dos años. Debemos estar atentos a los movimientos al limpiarlo, para no lastimarlo, le revisaremos la herida después de la operación, y avisaremos a la enfermera si hay algún cambio. Necesitamos lograr la rehabilitación del residente de la manera correcta lo antes posible para que pueda regresar a sus actividades al 100% de su movilidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 195

LA ACTUACION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS

GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN

ESTHER MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO

LUCIA PELAEZ NUÑEZ

LORENA CÉSPEDES SIERRA

SILVIA MARTÍN GARCÍA

1 Introducción

Los cuidados paliativos se enfocan en brindar atención integral a pacientes que enfrentan enfermedades graves y avanzadas, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y aliviar el sufrimiento. Estos pacientes requieren cuidados especiales que van más allá del tratamiento médico, y es en este contexto que el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) adquiere una relevancia fundamental.

El TCAE es un profesional de la salud que, bajo la supervisión de enfermeros y médicos, desempeña un rol clave en el cuidado directo de los pacientes. Su labor

abarca desde el apoyo en las actividades básicas de la vida diaria hasta la asistencia en procedimientos técnicos y el seguimiento de indicaciones del equipo médico. En el entorno de los cuidados paliativos, el TCAE juega un papel crucial en el alivio de síntomas, la promoción del bienestar y la atención personalizada de los pacientes y sus familias.

Los pacientes en cuidados paliativos a menudo enfrentan síntomas físicos y emocionales difíciles, como dolor, ansiedad, depresión y pérdida de autonomía. Los TCAE desempeñan un papel fundamental en la gestión de estos síntomas a través de la administración adecuada de medicamentos, la aplicación de técnicas de confort y el monitoreo constante del estado del paciente.

Su presencia cercana y su capacidad para establecer relaciones de confianza contribuyen a crear un ambiente de apoyo y compasión para los pacientes y sus seres queridos.

2 Objetivos

- Analizar el impacto del TCAE en la calidad de vida de los pacientes de cuidados paliativos.

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

Dentro de sus principales funciones, el auxiliar de enfermería se encarga de ejecutar diferentes tareas en la unidad de cuidados paliativos. El auxiliar de enfermería suele encargarse de tareas como los cuidados básicos de higiene y confort de los pacientes, la administración de los medicamentos y la supervisión de los signos vitales. También cumple un rol muy importante en la unidad de cuidados paliativos, donde proporciona bienestar y confort a los pacientes y a sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal. La unidad de cuidados paliativos

procura brindar soporte y bienestar a los pacientes que sufren una enfermedad terminal.

Su finalidad es conseguir que los pacientes pasen esta etapa de su vida libre de dolor y con los síntomas bajo control, rodeados de la gente que les quiere. En la unidad de cuidados paliativos suelen trabajar diferentes personas, en el caso particular del auxiliar de enfermería, es quien se encarga de mantener la higiene personal del paciente y proporcionarle un ambiente agradable, con esto último nos referimos a una habitación ordenada, limpia y luminosa.

Por lo general, la programación de las tareas que realiza el auxiliar de enfermería en la unidad de cuidados paliativos comienza con el control de la temperatura del paciente y la medición de diuresis, para ello debe anotar las mediciones correspondientes y comunicar a los enfermeros si observan alguna anomalía. Luego reparte las comidas del día y le da de comer a aquellos pacientes que necesitan su asistencia. Recoge las bandejas y deja un vaso limpio para el enfermo y su acompañante.

Para mantener un ambiente agradable, el auxiliar de enfermería realiza un aseo general según el protocolo correspondiente, hace las camas y deja la habitación ordenada. Para ello debe juntar en una bolsa la ropa sucia, cerrarla, etiquetarla y depositarla en el carro indicado para ese fin.

Además de cuidar la higiene del paciente y proporcionarle un ambiente agradable, el auxiliar de enfermería debe colaborar con los enfermeros profesionales en todo aquello que necesiten, ya sea en la administración de medicamentos como en los cuidados que surjan durante el turno.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, debemos conocer la importancia que tiene en nuestro trabajo como TCAE el adquirir empatía y ofrecer nuestro apoyo emocional a nuestros pacientes y sus familias, puesto que están pasando por malos momentos, de nervios, tensión e incertidumbre.

Nosotros somos las personas las cuales pasamos más tiempo con ellos, somos su personal de referencia y debemos conseguir que vean en nosotros como a alguien de su familia, que nos vea un apoyo en estos momentos tan duros, y debemos hablar con ellos, saber como se sienten y darles ánimos, tenemos que conseguir que nuestros pacientes y sus familias tengan una actitud positiva, ya que una actitud negativa podría retrasar la mejoría de nuestro paciente.

El personal TCAE es un miembro valioso del equipo multidisciplinario que trabaja en cualquier centro sanitario.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 196

ACTUACION DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERIA EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA

GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN

ESTHER MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO

LUCIA PELAEZ NUÑEZ

LORENA CÉSPEDES SIERRA

SILVIA MARTÍN GARCÍA

1 Introducción

En la actualidad el cáncer es uno de los mayores problemas de salud al que se enfrenta el sistema sanitario. El servicio de oncología juega un papel importante en el diagnóstico, tratamiento y en los cuidados que requieren los pacientes con cáncer.

Dentro del equipo de salud multidisciplinario se encuentra el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). En este capítulo, se analizarán las responsabilidades y las competencias que tiene este profesional sanitario, así como la importancia de que reciba una formación adecuada para realizar correctamente sus funciones.

El proceso de diagnóstico y tratamiento puede ser muy complejo y requiere una atención personalizada e integral. La función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería no se limita simplemente a asistir al paciente, sino que también es crucial en el apoyo emocional y la coordinación con el resto de equipo para proporcionar los cuidados.

Los pacientes oncológicos demandan una atención especializada que va desde el manejo de los efectos secundarios que les ha producido el tratamiento hasta apoyo emocional y alivio del dolor. Dependiendo del tipo de cáncer, sexo, edad, se ven más influidos anímicamente por su enfermedad y tratamiento, incluso con riesgo de desarrollar depresión, esto hace que a veces se desarrollen fuertes vínculos con los profesionales de referencia.

2 Objetivos

- Analizar las funciones específicas y responsabilidades del TCAE dentro del 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

Los cuidados paliativos se enfocan en mejorar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan enfermedades terminales o crónicas avanzadas.

En este contexto, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es esencial para brindar un apoyo integral a los pacientes y sus familias. A continuación, se presentan los resultados del impacto del TCAE en la calidad de vida de los pacientes de cuidados paliativos.

- Apoyo en actividades de la vida diaria: Los TCAE desempeñan un papel crucial en la asistencia a los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria, como la higiene personal, la alimentación y el movimiento.

El apoyo en estas actividades ayuda a mantener la dignidad y el bienestar físico de los pacientes, permitiéndoles mantener cierta autonomía y comodidad.

- Control de síntomas: Los TCAE colaboran estrechamente con los profesionales de enfermería para el control de los síntomas de los pacientes en cuidados paliativos. Esto implica la administración de medicamentos, como analgésicos y otros fármacos, para el alivio de síntomas específicos, así como la vigilancia continua de los síntomas y su reporte al equipo de atención médica.

El control adecuado de los síntomas contribuye a mejorar la calidad de vida y el confort de los pacientes.

- Apoyo emocional y social: Los TCAE brindan un apoyo emocional fundamental tanto a los pacientes como a sus familias. A través de la escucha activa, la empatía y el acompañamiento, los TCAE ayudan a los pacientes a lidiar con sus emociones, miedos y ansiedades.

Además, fomentan la interacción social, proporcionando un entorno de cuidado cálido y acogedor que promueve el bienestar psicológico de los pacientes.

Comunicación efectiva: Los TCAE son un enlace importante en la comunicación entre los pacientes, sus familias y el equipo de atención médica. Ellos transmiten la información relevante sobre el estado de los pacientes, sus necesidades y preferencias, garantizando una comunicación fluida y eficaz. Esto contribuye a una atención más personalizada y centrada en el paciente, mejorando su calidad de vida.

- Cuidado integral: Los TCAE desempeñan un papel fundamental en la coordinación de los diferentes aspectos del cuidado del paciente, colaborando con otros profesionales de la salud y brindando una atención integral.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, debemos conocer la importancia que tiene en nuestro trabajo como TCAE el adquirir empatía y ofrecer nuestro apoyo emocional a nuestros pacientes y sus familias, puesto que están pasando por malos momentos, de nervios, tensión e incertidumbre.

Nosotros somos las personas las cuales pasamos más tiempo con ellos, somos su personal de referencia y debemos conseguir que vean en nosotros como a alguien de su familia, que nos vea un apoyo en estos momentos tan duros, y debemos hablar con ellos, saber como se sienten y darles ánimos, tenemos que conseguir que nuestros pacientes y sus familias tengan una actitud positiva, ya que una actitud negativa podría retrasar la mejoría de nuestro paciente.

El personal TCAE es un miembro valioso del equipo multidisciplinario que trabaja en cualquier centro sanitario.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 197

FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CUANTO LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DE UN PACIENTE HOSPITALIZADO

GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN

ESTHER MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO

LUCIA PELAEZ NUÑEZ

LORENA CÉSPEDES SIERRA

SILVIA MARTÍN GARCÍA

1 Introducción

Podemos encontrarnos pacientes con dificultades expulsión de la secreciones, este hecho se puede dar por diversos motivos, puede que el paciente esté inconsciente, que tenga dolor que restringe la tos o que tomé algún medicamento que suprima el propio reflejo de la expulsión de las secreciones.

En estos casos, cuando tenemos los pacientes con dificultad para expulsar las secreciones por sí mismos, como debemos mantener las vías respiratorias limpias para facilitar el intercambio gaseoso, con lo cual, será el técnico en cuidados auxiliares de enfermería el encargado de hacer la aspiración de las secreciones.

Sin embargo, la aspiración de secreciones no solo se hace en este tipo de pacientes, también podemos hacerla para conseguir muestras de laboratorio y así conseguir un diagnóstico o incluso para prevenir complicaciones respiratorias. Cuando estamos ante una obstrucción parcial o total de las vías respiratorias, debemos identificar los síntomas.

El paciente puede presentar disnea, que es falta de aire, a simple vista, podremos identificarla porque el paciente presentará una respiración ruidosa y profunda. Si tenemos sospecha de que el paciente puede sufrir disnea, pero no presenta estos síntomas, podemos auscultarle para asegurarnos.

El paciente presentará un aumento del trabajo respiratorio, aumentará la frecuencia cardíaca y respiratoria, puede que el tono de piel se vuelva azulado debido a la falta de oxígeno (cianosis). También podemos encontrarnos que el paciente al toser expulse alguna secreción.

Y por supuesto, si el paciente está conectado a algún respirador, pues se activará una señal acústica o visual indicándonos la obstrucción de las vías respiratorias.

2 Objetivos

- Describir los síntomas que presentan los pacientes con obstrucción de vías aéreas, las técnicas de aspiración de secreciones y el cuidado de los pacientes intubados.

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

Cuando vayamos a realizar la técnica de secreciones en los pacientes debemos seguir un protocolo, como en la mayoría de protocolos, lo primero que debemos hacer es identificar al paciente.

En este caso, nos lavaremos bien en las manos, usaremos guantes y mascarilla. Siempre que lo permitan las circunstancias, le explicaremos al paciente el proceso que vamos a realizar, ya que esto les ayuda a estar más tranquilos y se suelen mostrar más colaborativos.

Colocaremos al paciente en la posición decúbito supino, o semi fowler, el paciente se debe tener la cabeza, un poquito girada hacia un lado para evitar atragantamientos en el caso de vómito.

Después prepararemos el sistema de vacío, presión deseada, con la sonda al sistema de aspiración y lubricaremos la punta de la sonda con suero fisiológico.

Tanto la sonda como el suero debe ser estéril. Con el sistema apagado, sin aspirar, introduciremos la sonda por el lateral de la boca. Una vez que iniciemos las aspiraciones, las haremos girando la sonda cubriendo toda la superficie y no la mantendremos mucho tiempo en el mismo sitio, así evitaremos producir daños en la mucosa.

Una vez que queramos extraer la sonda, haremos aspirando, apagaremos el sistema una vez que ya tengamos la sonda fuera. Después podemos ayudar al paciente a toser, si puede, para que remueva las secreciones. Y por último debemos dejar preparado el sistema y todo el material necesario para la siguiente aspiración.

Los técnicos de cuidados auxiliares en enfermería, ayudan en la intubación endotraqueal. Este procedimiento se basa en la colocación de una cánula o sonda en la tráquea a través de la boca o la nariz, con esto conseguimos abrir las vías aéreas el paciente.

Para este procedimiento se seda al paciente y se procede a la analgesia, por ello el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, ayudará en todo lo que solicite el médico, y tendrá preparada la medicación que se le vaya a administrar al paciente. Cuando vamos a realizar una aspiración a un paciente intubado debemos realizar insolaciones con un balón autoinflable provisto de mascarilla (ambú) para asegurar la asistencia respiratoria.

Además, debemos evitar las úlceras por presión, así es que moveremos el tubo periódicamente cambiando el punto de apoyo. Auscultaremos ambos hemitórax, mantendremos los labios con gasas húmedas para evitar que se sequen, cuidaremos la higiene bucofaríngea. Repasaremos el buen funcionamiento de los aparatos, el humidificador, los filtros.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, debemos conocer la importancia que tiene en nuestro trabajo como TCAE el adquirir empatía y ofrecer nuestro apoyo emocional a nuestros pacientes y sus familias, puesto que están pasando por malos momentos, de nervios, tensión e incertidumbre. El técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería es el encargado de realizar las aspiraciones nasofaríngea y orofaríngea, mientras que las aspiraciones traqueobronquiales las realiza el enfermero o enfermera.

En cualquiera de los casos mantendremos las máximas condiciones de asepsia para evitar contaminaciones en las vías respiratorias. El personal TCAE es un miembro valioso del equipo multidisciplinario que trabaja en cualquier centro sanitario.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 198

EL TÉCNICO DE CUIDADO AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA HIGIENE DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LOS HOSPITALES

ELENA ROPERO MUELA

DIANA FLORES FERNÁNDEZ

JACOBO ARIAS LIZCANO

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES

ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ

1 Introducción

La higiene "son todos aquellos procedimientos empleados para la prevención y conservación de la salud, incluidos, los hábitos de vida saludables, como las dietas, las posturas corporales, el ejercicio físico, el aseo, etc." Además expondremos el concepto de aseo, que lo entendemos como todas aquellas "medidas higiénicas empleadas para conservar limpios y en buen estado la piel y sus anejos".

El aseo de los pacientes en el ámbito hospitalario es una técnica muy importante que realizan los Técnicos auxiliares de enfermería, acompañada por el celador y supervisada por el responsable de enfermería. Además de evitar y prevenir las enfermedades, le dará al paciente una sensación de comodidad y confort, como complemento a los cuidados médicos.

Dado que el momento del aseo es un momento de gran intimidad, el auxiliar de enfermería, mediante una atención profesional y personalizada, aprovechará estos momentos para trabajar el aspecto psicológico y emocional del paciente, dando lugar a la consecución de objetivos, encaminados a una mayor recuperación del enfermo.

El Técnico auxiliar de enfermería realizará una inspección ocular respecto a la piel y mucosas, en busca de heridas o úlceras, informando de cualquier anomalía al responsable de enfermería, siendo así, un gran apoyo para el personal médico.

2 Objetivos

Describir e indicar el proceso de aseo del paciente hospitalizado por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los centros hospitalarios

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de los libros existentes y también se ha consultado en la principal base de datos Chrome, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y actualizadas.

4 Resultados

Una de las funciones más importantes que realiza el Técnico auxiliar de enfermería en un centro hospitalario es la higiene o aseo de los pacientes. Como norma general cuando la persona goza de buena salud, puede llevar a cabo por sí misma, de forma autónoma y privada, todas aquellas tareas encaminadas para mantener una buena higiene corporal.

Sin embargo, en situaciones de enfermedad, necesitará en muchas ocasiones la ayuda de familiares y del personal sanitario para poder llevarlas a cabo. El Técnico auxiliar de enfermería será el encargado de planificar, realizar y evaluar los cuidados higiénicos y de limpieza que reciben los pacientes.

Para realizar cualquier tipo de procedimiento higiénico, el personal auxiliar de enfermería tendrá en cuenta una serie de normas generales, que tendrá que emplear en cada uno de los procedimientos de aseo que realice a los pacientes, estas normas son:

- Mantendrá la habitación o estancia a una temperatura ambiente entre 22 y 24 grados.
- Cerrará las puertas y ventanas para evitar las corrientes de aire.
- Preparará todo el material necesario antes de comenzar el aseo, para evitar los paseos innecesarios y evitar tener que dejar al paciente solo en la habitación.
- Comprobará la temperatura del agua, que estará entre 38 y 40 grados.
- Aislará al paciente mediante biombo para proporcionarle intimidad.
- Cuando el paciente esté encamado, el aseo lo realizarán entre dos personas, normalmente entre el celador y la auxiliar de enfermería. Le proporcionará mayor seguridad al paciente, la movilización del paciente será menos costosa y el procedimiento higiénico se efectuará con más celeridad.
- No mojará la cama de manera innecesaria, protegiendo esta, con hules y toallas que irá colocando debajo del paciente.
- El auxiliar de enfermería, solicitará la colaboración del paciente, para fomentar su autonomía y favorecer su independencia.
- En los pacientes encamados, el aseo lo realizará por zonas, cubriendo con una toalla, el resto del cuerpo, evitando que esté totalmente desnudo, respetando su pudor e intimidad y evitando que se enfríe.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, una buena técnica en la ejecución de las medidas de aseo o higiene de los pacientes hospitalizados evitará la colonización de hongos y bacterias que pueden llegar a acceder a otras lesiones de la piel y de las mucosas.

Además, el Técnico auxiliar de enfermería aprovechará el momento del baño, para hacer una valoración física de la piel del paciente, fomentando la comunicación, y respetando su intimidad, provocando una sensación de confort y bienestar, y por tanto, una mayor recuperación de sus lesiones. Si además, el personal de enfermería añade un trato humanizado, hará que el procedimiento de higiene sea de una gran calidad asistencial.

6 Bibliografía

- 1.- Paula Sanchez A., Sara López R., Cristina Canal A. Aseo del paciente. Revista médica y de enfermería Ocronos[internet]. (citado 16 oct 2022). Disponible en: <https://revistamedica.com/aseo-del-paciente/>
- 2.-Técnicas de higiene y aseo en el paciente encamado. Eborá Formación.[internet]. (citado 16 oct 2022). Disponible en:<https://eboraformacion.es/>

nuestroblog/tecnicas-de-higiene-y-aseo-en-el-pacienteencamado/

3.-Katy Schuth B. La importancia de la higiene del paciente. Union Medical.[internet]. (citado 16 oct 2022).Disponible en: <https://um.com.co/blog/laimportancia-de-la-higiene-del-paciente/>

4.-Evangelina Pérez. P., Ana Mª Fernández E.; Auxiliar de enfermería: Técnicas básicas de enfermería. Higiene en el medio hospitalario.; 7da. Ed.; Mc Gran Hill Education; 2016.

Capítulo 199

COGER MUESTRAS DE ORINA A LOS PACIENTES POR EL PERSONAL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ELENA ROPERO MUELA

DIANA FLORES FERNÁNDEZ

JACOBO ARIAS LIZCANO

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES

ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ

1 Introducción

Hoy en día, ser TCAE es uno de los puestos de trabajo más solicitados, porque muchas personas se están preparando para serlo. El auxiliar de Enfermería está capacitado para hacer distintas funciones como puede ser la atención básica al paciente y asistir a enfermeros y médicos que necesiten de su ayuda en las funciones habituales del día a día.

Las funciones que hacen los TCAE a diario son muy diversas, enumeraremos algunas a continuación, aunque en este capítulo nos centraremos en la recogida de muestras de orina.

Entre las funciones del TCAE podemos mencionar la aplicación de enemas de limpieza, asear a los pacientes que no se puedan lavar ellos solos, conservar

limpio y en buen estado el material de trabajo, simplificar el trabajo al médico, enfermero, ayudar cuando se vaya a preparar los aparatos, la limpieza de la habitación del paciente, tener controlado la ropa de cama, cuando así lo requiera la enfermera administrar la medicación por vía oral al paciente con la correspondiente indicación y supervisión del personal de enfermería, cuando se hagan curas de heridas preparar el material necesario, tomar contantes térmicas, repartir la comida y dar de comer a los pacientes que así lo necesiten. Además de todas estas funciones, el TCAE se encarga de la función de la que este trabajo nos ocupa, la recogida de muestras de orina, así como su transporte y conservación.

2 Objetivos

Describir el procedimiento para la recogida de muestra de orina por parte del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en los hospitales.

3 Metodología

Hemos realizado este trabajo, a través de una revisión bibliográfica. Hemos realizado una búsqueda activa en libros y también hemos consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y también hemos revisado artículos científicos de, publicaciones académicas revisadas de los cuales aportamos su título en el apartado bibliografía. Pero los datos más importantes son los recibidos personalmente durante nuestro trabajo diario.

4 Resultados

La primera micción de la mañana es la muestra más correcta para hacer su recogida porque al estar más tiempo en la vejiga es más concentrada y por ello los resultados serán más precisos. Para que la recogida sea perfecta, primero habrá que limpiar los genitales y después de desechar la primera parte de la orina, recoger la muestra. Hay que tener mucho cuidado que el bote con el que vamos a tomar la muestra no toque ninguna otra parte del cuerpo ni de la ropa, ya que debe estar totalmente estéril.

El bote debe abrirse justo cuando vayamos a hacer la recogida de la muestra, y tener cuidado de no tocarlo con los dedos. Deberemos tomar la muestra antes de

que el paciente haya tomado los medicamentos de la mañana. El paciente debe de tener un ayuno de unas 8 horas para que los resultados sean más exactos.

La orina debe mantenerse refrigerada (a 4°) en todo momento y por supuesto siempre tiene que estar identificada con el nombre del paciente y con la ubicación que tiene dentro del centro sanitario. La muestra tiene que estar en el laboratorio como muy tarde una hora después de realizar la recogida.

El facultativo hará la petición y se recogerá la muestra del bote a un tubo, se realizará la transferencia introduciendo la válvula del tubo en el bote haciendo vacío y la orina suba al interior del tubo. Tenemos que etiquetar el tubo con la muestra a enviar y la enviaremos al laboratorio. El transporte puede ser en persona, llevándolo directamente al laboratorio o bien a través de los tubos neumáticos de transporte, entonces se introduce la muestra en el cilindro de envío, se marca la dirección del laboratorio y se efectúa el envío.

Es fundamental que el bote para tomar la muestra sea estéril y luego enviarlo al laboratorio antes de 1 hora y mantener la muestra refrigerada a 4° C.

5 Discusión-Conclusión

Es el TCAE el encargado de tomar la muestra de orina teniendo en cuenta la intimidad del paciente y si fuera necesario prestándole su ayuda. La recogida de muestras es un proceso analítico importante, porque a través de él se hará un estudio microbiológico.

La muestra tienen que tomarse con precisión, ya que, puede llevar a datos erróneos en los estudios realizados y en este caso habría que volver a decirle al paciente que recoja la muestra de nuevo. Es importante el conocimiento por parte del TCAE respecto al procedimiento de recogida de muestras de orina, y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario.

6 Bibliografía

1. García, V. C., Gómez, C. N., Balaguer, M. T., Morquecho, N. R., Bailo, M. R., & Sandtner, A. S. (2004). ¿Es importante la técnica de recogida de la orina para evitar la contaminación de las muestras?. Atención Primaria.
2. Montes Valles, M. (2021). Importancia de la Enfermería en el tratamiento de muestras biológicas.
3. Fuster, C. C., Salieron, L. B., Moro, L. C., Guerra, R. R., & Sianes, M. G. (2010). Disminución de errores preanalíticos en muestras de orina. Enfuro.

4. Evangelina Pérez Plaza, TÉCNICAS BÁSICAS DE ENFERMERÍA. MAC-GRAWHILL / INTERAMERICANA DE ESPAÑA - EDICIÓN 201

Capítulo 200

PACIENTES CON TRAUMATISMOS VARIOS Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ELENA ROPERO MUELA

DIANA FLORES FERNÁNDEZ

JACOBO ARIAS LIZCANO

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES

ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ

1 Introducción

Un traumatismo se define como una lesión tisular por agentes mecánicos, generalmente externos. Los traumatismos pueden ser leves o graves.

Se define al paciente politraumatizado como aquel paciente con al menos una lesión traumática que puede poner en peligro su vida. El paciente policontuso es aquel que presenta traumatismos leves. El paciente politraumatizado puede ser polifracturado si presenta solo lesiones del aparato locomotor, politraumatizado visceral o mixto.

El traumatismo puede ser abierto o cerrado dependiendo de si existe comunicación del medio interno al externo o no.

Existen diferentes tipos de politraumas.

Politraumatismo leve: Paciente cuyas lesiones son superficiales, contusiones sin heridas ni fracturas.

Politraumatismo moderado: con lesiones o heridas que generan algún tipo de incapacidad funcional mínima.

El politraumatismo es la principal causa de muerte e incapacidad en niños mayores de 1 año. El 80% son traumatismos cerrados y dos tercios asocian lesiones cerebrales las cuales suponen el 75% de las muertes.

Las caídas son la causa más frecuente del traumatismo, seguido por accidentes de tráfico e intentos autolíticos. El tipo de trauma más frecuente fue el craneoencefálico, seguido del torácico y de extremidades.

La evaluación de la vía aérea, la respiración y la circulación, el déficit neurológico y la exposición (ABCDE), por sus siglas en inglés) es el principal enfoque de manejo utilizado en el tratamiento de pacientes en estado crítico.

2 Objetivos

Exponer el papel del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en el manejo de pacientes politraumatizados en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una intensa investigación buscando en las principales bases de datos de los buscadores Google, Pubmed etc., así como revistas, estudios científicos y diferentes protocolos de actuación de distintos centros hospitalarios.

4 Resultados

A todos los pacientes se les realiza una valoración inicial en el sitio del accidente, esta valoración incluye la regla ABCD, llamada así por su significado en inglés, que consta de los siguientes pasos:

A. Manejo Vía Aérea con Control Columna Cervical (AIRWAY).

B. Respiración (Ventilación) (BREATH).

C. Circulación y control de hemorragias. (Circulation).

D. Déficit neurológico.

E. Exposición y proteger del entorno.

Posteriormente es trasladado al centro hospitalario.

Manejo en el ingreso:

A todos los pacientes se les realiza analítica completa con pruebas cruzadas.

Se realizará un TAC total body a la mayoría de los pacientes.

A todo paciente se le realizará una valoración primaria y una secundaria, siendo muy importante la valoración de coloración, temperatura y pulsos en caso de lesiones en extremidades.

Una vez realizado todo esto será valorado por anestesiólogo de guardia y traumatólogo. El anestesiólogo realiza interconsulta y avisa telefónicamente al traumatólogo.

Tras valoración de traumatología en caso de no detectar pulso en un territorio, se realiza, se realizara interconsulta con cirugía vascular, se solicitara arteriografía diagnóstica urgente, avisando al radiólogo intervencionista.

Traumatología realizará una primera cura de posibles lesiones cutáneas (fracturas abiertas) y se comenzará con tratamiento antibiótico profiláctico en caso de lesiones o fracturas abiertas. Posteriormente dependiendo de la estabilidad del paciente se puede derivar a quirófano para osteosíntesis y cirugía definitiva o con control de daños traumatológicos, fijadores externos o control de daños vasculares.

Una vez tratadas las fracturas el paciente volverá a la UCI de Anestesia donde se continúa con su tratamiento y vigilancia intensiva, incluirá la pulxioximetría del primer dedo del miedro afectado de forma continua y la vigilancia de todas las constantes de forma horaria, además del dolor y alteraciones sensitivas.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia que todo el equipo médico, enfermeras y Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería estén formados en la correcta recepción y atención a los pacientes politraumatizados para un buen funcionamiento de la unidad y sobre todo para poder atender a estos pacientes con la mayor rapidez posible, ya que el tiempo en la atención es primordial para salvar la vida de un politraumatizado

Periodos o tiempos en los politraumatismos:

Se distinguen los siguientes tiempos:

- Tiempo inicial: entre el accidente y la llegada del equipo de rescate.
- Tiempo de rescate: entre el accidente y la llegada al hospital del paciente.
- Tiempo de intubación: entre accidente e intubación.

- Tiempo de resucitación: entre la llegada al hospital y el primer tratamiento quirúrgico o ingreso en UCI.
- Tiempo quirúrgico: duración de la 1ª cirugía.

6 Bibliografía

1. Guía de manejo del trauma grave del CHUA 2012.
2. www.aeped.es
. Manejo del paciente politraumatizado.
3. www.unita.secot.es.

Capítulo 201

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA LACTANCIA

FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO

JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO

JAIME PONCE ALFARO

RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA

MARIA CORTES MOLINA TORRALBA

1 Introducción

Para comenzar el presente estudio hay que decir que al nacer un bebé sano está preparado para que le alimente a través de leche materna o artificial (fórmulas lácteas que imitan la leche de la madre). Asimismo, un recién nacido a término tiene la capacidad del estómago muy pequeña (de unos 10 o 20 ml), conforme va madurando, esta va aumentando.

Asimismo, es importante informar a los padres de que los recién nacidos pierden peso los primeros días (entre un 7 y 10%), ya que es un tema que les preocupa mucho, sobre todo, cuando son primerizos. Normalmente, este peso comienza a ser recuperado a partir del 5º día.

Así pues, la decisión de cómo alimentar al pequeño recién nacido es variada, puesto que dependerá de la situación de cada familia. Encontramos diferentes

tipos: por un lado, existe la lactancia materna exclusiva (la más recomendada por expertos sanitarios); por otro, la lactancia mixta; y, por último, la artificial. Cualquier lactancia elegida para alimentar al bebé será a demanda: sin restricciones, ni horarios, siempre y cuando todo siga su adecuado curso, el bebé no sea prematuro o no recupere su peso.

Nadie nace con todo aprendido, por lo que será importante apoyar a las familias, sea la decisión que sea y guiar su camino escogido.

2 Objetivos

-Dar a conocer las diversas formas de alimentar al recién nacido.

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

Se abordará el tema hablando de la lactancia materna exclusiva, la cual, comienza desde el momento en el que tanto la madre como el bebé están preparados para ello, momento que suele suceder en paritorio, nada más se produce el nacimiento. Así, el lactante tomará un líquido viscoso y amarillento llamado calostro, cuyo valor nutritivo es altísimo y sus beneficios insustituibles.

A veces, este tipo de lactancia no se puede llevar a cabo por diversas razones. Por un lado, si el niño padece fenilcetonuria o galactosemia, la lactancia materna será descartada. Por otro, si la madre es drogadicta o portadora de virus, tales como el de la inmunodeficiencia (VIH) o el de la hepatitis B o C, será contraindicado. En cuanto a las ventajas que aporta la lactancia materna exclusiva, son innumerables. Se pueden destacar:

- Suministra anticuerpos.
- Se proporciona inmediatamente, cuando el lactante lo demanda, no hay preparación previa.
- No caduca.

- Gratuita.
 - Ayuda a la recuperación de la madre.
 - Reduce alergias.
 - Los nutrientes que posee son superiores a los de cualquier otro tipo de leche.
- Otro tipo de lactancia escogida por numerosas familias es la artificial. Está especialmente indicada para aquellos recién nacidos cuyas madres tenga algún tipo de enfermedad, no pueda realizar la lactancia de forma natural o simplemente no quieran por decisión propia. Se llevará a cabo a través de biberones esterilizados. Así, la primera toma se deberá realizar cuando se lo indiquen a la madre (suele ser entre las 3 y 5 horas, tras el nacimiento). Será el bebé el que decida cuánto quiere tomar y nunca se le obligará a ingerir más de lo que demande.
- Existe otra lactancia, que combina las anteriormente descritas, llamada lactancia mixta. Siempre que sea posible, se comenzará dando el pecho en primer lugar y, posteriormente, la leche artificial, de forma que se reduzcan las posibilidades de que el niño rechace la materna. Otra manera de llevar a cabo este tipo de lactancia es dando una toma con el pecho y en la siguiente, biberón. Al final será una cuestión de organización atendiendo a lo que requiere cada uno. Al igual que las anteriores, será a demanda.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar y a modo de conclusión, hay que añadir que la Organización Mundial de la Salud asegura que la manera más beneficiosa de alimentar a un bebé durante, por lo menos, los primeros seis meses de vida es a través de la lactancia materna exclusiva. Eso no quiere decir que la lactancia artificial o mixta sean contraproducentes, al contrario, son otras prácticas de alimentación ajustadas a las necesidades de cada núcleo familiar.

Lo realmente relevante en este ámbito es que el establecimiento de las diferentes formas de alimentación sea satisfactorio, contribuyendo así al bienestar generalizado de los padres y, por supuesto, del hijo.

6 Bibliografía

- <https://www.aeped.es>
- <http://albalactanciamaterna.org>
- <https://www.e-lactancia.org>
- <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

-<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria-131-articulo-lo-lactancia-materna-13014471>
- <https://www.youtube.com/watch?v=XMb5bsSAhnc>

Capítulo 202

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS

FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO

JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO

JAIME PONCE ALFARO

RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA

MARIA CORTES MOLINA TORRALBA

1 Introducción

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el entorno de urgencias es esencial para proporcionar una atención eficiente y de calidad a los pacientes que requieren asistencia médica inmediata. Los TCAE desempeñan un rol fundamental en la colaboración con el personal de enfermería y médico, contribuyendo al funcionamiento fluido y seguro de los servicios de urgencias. En situaciones de emergencia, los TCAE son vitales para mantener la calma y proporcionar atención humanizada a los pacientes y sus familias. Su capacidad para comunicarse eficazmente y brindar apoyo emocional es invaluable durante momentos de estrés.

Asimismo, colaboran en la preparación de equipos para procedimientos médicos y asisten en la estabilización inicial de pacientes críticos.

La limpieza y el orden son esenciales en el entorno de urgencias, y los TCAE juegan un papel clave en mantener la higiene y desinfección del área. Esto ayuda a prevenir infecciones cruzadas y garantiza un ambiente seguro para pacientes y personal médico por igual.

En resumen, el TCAE en urgencias desempeña un rol multifacético que abarca desde el soporte en tareas básicas hasta la atención emocional a pacientes. Su presencia asegura la continuidad de la atención médica, aliviar la carga de trabajo del personal de enfermería y médico, y contribuir al funcionamiento eficaz y seguro de los servicios de urgencias.

2 Objetivos

-Describir las funciones del TCAE en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

En primer lugar, los TCAE son responsables de realizar tareas de apoyo crucial, como tomar constantes vitales, preparar material médico y ayudar en la movilización de pacientes.

Esta labor permite a los profesionales de la salud centrarse en diagnósticos y tratamientos, acelerando así el proceso de atención. Además, su presencia en la recepción y triaje ayuda a clasificar la gravedad de las situaciones, permitiendo una asignación adecuada de recursos y tiempo.

El TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) en urgencias desempeña funciones como ayudar en la atención y cuidado de pacientes, tomar signos vitales, preparar material médico, mantener la limpieza y organización, asistir al personal de enfermería y médico, y colaborar en la movilización y traslado de pacientes, entre otras tareas de apoyo en el entorno de urgencias.

En el entorno de urgencias, las funciones y tareas del TCAE (Técnico en Cuidados

Auxiliares de Enfermería) pueden incluir:

- 1.-Atención y cuidado de pacientes: Ayudar en la atención directa a los pacientes, ofreciendo apoyo en la higiene personal, alimentación y confort.
- 2.-Toma de signos vitales: Medir y registrar signos vitales como la temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.
- 3.-Preparación de material médico: Asistir en la preparación y entrega de material médico necesario para procedimientos y tratamientos.
- 4.-Mantenimiento de limpieza y organización: Mantener el orden y la limpieza en las áreas de urgencias, asegurando un entorno seguro y libre de riesgos.
- 5.-Asistencia a personal de enfermería y médico: Colaborar con el personal de enfermería y médico en procedimientos y cuidados, bajo su supervisión y dirección.
- 6.-Colaboración en la movilización y traslado de pacientes: Ayudar en la movilización y traslado de pacientes, ya sea dentro de la unidad de urgencias o hacia otros lugares, como salas de radiología o quirófanos.
- 7.-Registro y documentación: Contribuir en el registro y documentación de información relevante sobre los pacientes, como anotar las intervenciones realizadas y los cambios en el estado del paciente.
- 8.-Apoyo emocional: Brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias, ofreciendo palabras de aliento y confort.
- 9.-Asistencia en procedimientos básicos: Participar en la realización de procedimientos sencillos bajo supervisión, como colocación de vías intravenosas o curaciones menores.
- 10.-Preparación de salas y equipos: Asegurarse de que las salas y los equipos estén listos para recibir a los pacientes, incluida la preparación de camillas y equipos médicos.

La documentación y el registro son esenciales en urgencias. El TCAE ayuda a registrar información relevante sobre los pacientes, incluyendo las intervenciones realizadas y los cambios en su estado. Además, brinda apoyo emocional a los pacientes y sus familias, proporcionando un entorno de apoyo y empatía en momentos de crisis.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, las funciones y tareas del TCAE en urgencias abarcan desde el cuidado directo de los pacientes hasta la preparación de material médico, la asistencia en procedimientos y la colaboración con el personal médico y de enfermería. Su labor es esencial para garantizar un flujo eficiente de atención, un en-

torno limpio y seguro, y un soporte emocional para los pacientes y sus familias durante situaciones urgentes.

La documentación es esencial, registrando intervenciones y cambios en el estado del paciente. Esto proporciona un entorno de apoyo y empatía durante crisis. El TCAE desempeña una función integral en urgencias, garantizando la atención adecuada y un ambiente seguro y compasivo.

Es importante destacar que las funciones y tareas del TCAE en urgencias pueden variar según el centro de salud y las regulaciones locales. El TCAE siempre opera bajo la supervisión y dirección del personal de enfermería y médico.

6 Bibliografía

<https://www.google.com/amp/s/www.euroinnova.edu.es/blog/que-hace-un-auxiliar-de-enfermeria-en-urgencias/amp> <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-14/funciones-auxiliar-enfermeria-urgencias/> <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/importancia-tcae-servicio-de-urgencias/> <https://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com/2011/09/la-auxiliar-de-enfermeria-en-urgencias.html?m=1> <http://auxiliaresenferm.blogspot.com/2013/09/funciones-del-tcae-en-el-servicio-de.html?m=1> <https://paolaauxiliardeenfermeria.es/blog/auxiliar-de-enfermeria-funciones-en-urgencias/>

Capítulo 203

TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MARIA ESTRELLA SANCHEZ CORROCHANO

ANA MARÍN MUNUERA

MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ

MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN

MARTA GOMEZ ROJAS

1 Introducción

El servicio de planta de medicina interna es un componente fundamental en la atención hospitalaria que se centra en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades médicas no quirúrgicas en adultos. Esta especialidad médica aborda una amplia gama de afecciones, desde enfermedades cardíacas y respiratorias hasta trastornos gastrointestinales y renales.

En la planta de medicina interna, los pacientes son admitidos para recibir atención continua y multidisciplinaria. Los médicos internistas, junto con un equipo de enfermeras, terapeutas y otros profesionales de la salud, colaboran en la evaluación y el tratamiento de los pacientes. Esto puede incluir la administración de medicamentos, monitoreo de signos vitales, realización de pruebas diagnósticas y la implementación de terapias específicas.

Además de la atención médica directa, se presta atención a la educación del paciente y la promoción de la prevención de enfermedades. Los internistas trabajan en estrecha colaboración con los pacientes y sus familias para explicar diagnósticos, opciones de tratamiento y cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para mejorar la salud a largo plazo.

La coordinación entre los diferentes miembros del equipo médico es esencial en la planta de medicina interna, ya que los pacientes pueden presentar múltiples condiciones médicas. La atención se enfoca en abordar las necesidades individuales de cada paciente, con un enfoque en la atención integral y la gestión efectiva de las enfermedades crónicas.

El servicio de planta de medicina interna en un hospital desempeña un papel fundamental en la atención médica de adultos con una amplia variedad de afecciones médicas. Proporciona atención multidisciplinaria, promoción de la salud y educación del paciente, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el bienestar general de los pacientes.

2 Objetivos

-Exponer las tareas que realiza el TCAE en el servicio de Urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el servicio de urgencias hospitalario es de suma importancia para proporcionar una atención eficaz y de calidad a los pacientes que llegan en situaciones críticas. Sus funciones abarcan una amplia gama de responsabilidades, incluyendo:

Recepción y Triage de Pacientes: El TCAE puede ser el primero en recibir a los

pacientes en el área de recepción de urgencias. Su función es recopilar información básica, como síntomas y antecedentes médicos, para ayudar en el proceso de triaje y determinar la prioridad de atención.

Soporte al Equipo de Enfermería: Trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería, asistiendo en la preparación de pacientes para exámenes médicos, toma de muestras y administración de tratamientos, como vendajes o medicamentos.

Toma de Constantes Vitales: Realiza la medición de signos vitales, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura, y registra estos datos en la historia clínica del paciente.

Movilización de Pacientes: Ayuda a los pacientes a desplazarse en camillas o sillas de ruedas cuando sea necesario para exámenes o procedimientos. Asegura que estén cómodos y seguros durante el transporte.

Asistencia en Procedimientos: Colabora en la preparación y asistencia durante procedimientos médicos y quirúrgicos menores, como suturas, lavados de heridas o colocación de sondas.

Mantenimiento y Limpieza: Contribuye a mantener un entorno limpio y ordenado en el área de urgencias. Esto incluye la limpieza de camillas, equipos y áreas de tratamiento.

Apoyo Emocional: Proporciona apoyo emocional a los pacientes y sus familias en situaciones de estrés y crisis, brindando un trato humano y tranquilizador.

Gestión de Suministros: Colabora en la gestión de suministros médicos y la reposición de materiales necesarios para la atención de pacientes.

Documentación y Registro: Registra de manera precisa la información de los pacientes, incluyendo los procedimientos realizados y las observaciones pertinentes, para mantener una historia clínica completa.

Seguridad y Prevención de Infecciones: Contribuye a mantener un entorno seguro y se adhiere a protocolos de prevención de infecciones, garantizando la seguridad tanto de los pacientes como del personal.

El TCAE en el servicio de urgencias hospitalario desempeña un papel esencial en el equipo de atención de emergencia. Su capacidad para asistir en procedimientos médicos, proporcionar cuidado compasivo, medir signos vitales y mantener

un entorno limpio y seguro es fundamental para brindar atención de calidad en situaciones críticas. Su trabajo contribuye significativamente a la eficacia y eficiencia del servicio de urgencias.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para un buen servicio de urgencias hospitalarias por parte del TCAE es mantener la calma y la empatía en todo momento. En este entorno de alta presión, la tranquilidad es contagiosa y puede marcar la diferencia en la experiencia del paciente. Escuchar activamente las preocupaciones de los pacientes y sus familias, ofrecer apoyo emocional y explicar claramente los procedimientos puede aliviar su ansiedad.

Además, la comunicación efectiva con el equipo de enfermería y médico es esencial. Mantener una coordinación fluida y ser proactivo en la asistencia a los procedimientos médicos y la toma de constantes vitales ayuda a garantizar una atención rápida y precisa.

Finalmente, la seguridad del paciente debe ser una prioridad constante. Cumplir estrictamente con las pautas de higiene y prevención de infecciones y mantener un ambiente limpio y ordenado contribuyen a la seguridad y bienestar de todos.

En resumen, la calma, la empatía, la comunicación efectiva y el enfoque en la seguridad son claves para brindar un excelente servicio de urgencias hospitalarias como TCAE.

6 Bibliografía

Ortega, R. G., Gallardo, R., Gómez, M. E., Gonzalo, S. F., Zorro, N. L., & Sevillano, S. G. (2022). Funciones del TCAE ante el paciente con ictus en el servicio de urgencias y la unidad de ictus. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(9), 392.

Capítulo 204

TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

MARIA ESTRELLA SANCHEZ CORROCHANO

ANA MARÍN MUNUERA

MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ

MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN

MARTA GOMEZ ROJAS

1 Introducción

Las urgencias pediátricas son un servicio médico esencial dedicado al cuidado de niños y adolescentes que presentan condiciones médicas agudas, lesiones o enfermedades graves. Estos departamentos están diseñados para brindar atención inmediata y especializada a pacientes pediátricos, desde recién nacidos hasta adolescentes.

Los casos que llegan a urgencias pediátricas pueden variar ampliamente, desde enfermedades comunes como fiebre o infecciones respiratorias hasta lesiones graves, crisis asmáticas, convulsiones o traumatismos. Los profesionales de la

salud en este entorno están especialmente capacitados para evaluar y tratar a pacientes jóvenes, teniendo en cuenta las diferencias en el desarrollo y las necesidades específicas de los niños.

La comunicación efectiva con los padres o tutores legales es crucial en las urgencias pediátricas, ya que estos representan el vínculo principal entre el paciente y el equipo médico. Explicar claramente el diagnóstico, las opciones de tratamiento y proporcionar apoyo emocional es parte integral de la atención.

Además, los profesionales de las urgencias pediátricas deben estar preparados para enfrentar situaciones de emergencia que requieran reanimación cardio pulmonar pediátrica, manejo de vías respiratorias y otros procedimientos avanzados para salvar vidas.

Las urgencias pediátricas son servicios médicos dedicados a la atención de emergencias en niños y adolescentes. Los equipos médicos especializados están capacitados para brindar atención inmediata, compasiva y experta a pacientes jóvenes en momentos críticos. La seguridad y el bienestar de los niños son la máxima prioridad en este entorno médico.

2 Objetivos

-Exponer las tareas que realiza el TCAE en el servicio de Urgencias pediátricas.

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 rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en las urgencias pediátricas es fundamental para proporcionar atención de alta calidad a los niños que llegan con afecciones médicas agudas. Sus funciones abarcan una amplia gama de responsabilidades, destacando:

Recepción y Triage de Pacientes: Al igual que en las urgencias para adultos, el TCAE puede ser la primera persona en recibir a los pacientes pediátricos y sus familias. Esto implica registrar información básica, como síntomas y antecedentes, para ayudar en la priorización de la atención.

Apoyo a los Niños y sus Familias: Los niños pueden estar asustados o ansiosos en un entorno de urgencias. El TCAE desempeña un papel esencial al ofrecer apoyo emocional, explicar procedimientos de manera comprensible y crear un ambiente tranquilo y acogedor.

Toma de Constantes Vitales: Mide y registra signos vitales como la frecuencia cardíaca, la temperatura y la presión arterial, lo que proporciona información valiosa al equipo médico.

Asistencia a Enfermeras y Médicos: Trabaja en colaboración con el personal de enfermería y médico para preparar a los pacientes para exámenes, procedimientos o tratamientos, asegurando que tengan un entorno seguro y cómodo.

Mantenimiento del Entorno: Contribuye al mantenimiento de un ambiente limpio y ordenado en el área de urgencias pediátricas, lo que es esencial para prevenir infecciones y garantizar la seguridad de los niños.

Movilización de Pacientes: Ayuda a los pacientes pediátricos a desplazarse en camillas o sillas de ruedas según sea necesario, brindando asistencia segura y cuidadosa.

Gestión de Suministros: Colabora en la gestión de suministros médicos, asegurando que estén disponibles y en buen estado para la atención de los pacientes.

Comunicación Efectiva: Comunica de manera efectiva con los padres o tutores legales, explicando los procedimientos y el estado de los pacientes de manera clara y tranquila.

Seguridad y Prevención de Infecciones: Prioriza la seguridad del paciente y sigue protocolos estrictos de prevención de infecciones para proteger a los niños vulnerables.

Documentación: Registra de manera precisa la información relevante sobre los pacientes, sus cuidados y observaciones en las historias clínicas.

La atención pediátrica de urgencias requiere una comprensión especializada de las necesidades de los niños y una gran habilidad en la comunicación con ellos

y sus familias. El TCAE juega un papel esencial en la creación de un entorno de urgencias pediátricas que sea seguro, compasivo y eficiente, contribuyendo así al bienestar de los niños en situaciones de crisis médicas.

5 Discusión-Conclusión

La principal recomendación para un TCAE en urgencias pediátricas es mantener un enfoque centrado en el niño y su familia. Esto significa priorizar la empatía y la comunicación efectiva con los pequeños pacientes y sus padres o tutores legales. Escuchar sus preocupaciones, tranquilizarlos y explicar los procedimientos de manera comprensible crea un ambiente de confianza y comodidad en momentos de ansiedad.

Además, se debe enfocar en la seguridad y el bienestar del niño en todo momento, siguiendo rigurosamente los protocolos de prevención de infecciones y manteniendo un entorno limpio y seguro.

La colaboración estrecha con el personal de enfermería y médico es esencial, así como la disposición para asistir en procedimientos y cuidados específicos. En resumen, la empatía, la comunicación efectiva y el compromiso con el bienestar del niño son fundamentales para brindar una atención excepcional en urgencias pediátricas y contribuir al buen funcionamiento de este servicio esencial.

6 Bibliografía

Ortega, R. G., Gallardo, R., Gómez, M. E., Gonzalo, S. F., Zorro, N. L., & Sevillano, S. G. (2022). Funciones del TCAE ante el paciente con ictus en el servicio de urgencias pediátricas. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(9), 392.

Capítulo 205

TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS NEONATALES

MARIA ESTRELLA SANCHEZ CORROCHANO

ANA MARÍN MUNUERA

MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ

MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN

MARTA GOMEZ ROJAS

1 Introducción

El servicio de urgencias neonatales es una parte crítica de cualquier hospital que se especializa en la atención de recién nacidos y bebés prematuros o con problemas de salud. Está diseñado para proporcionar atención médica inmediata y especializada a esta población vulnerable. Los casos que llegan a urgencias neonatales pueden variar desde prematuridad extrema hasta infecciones, problemas respiratorios y condiciones congénitas.

El personal en urgencias neonatales está altamente capacitado en neonatología y pediatría, y trabaja en estrecha colaboración con neonatólogos, enfermeras especializadas y otros profesionales de la salud. La atención se enfoca en la estabi-

lización de los neonatos, la administración de cuidados intensivos si es necesario y la coordinación de la atención continua en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

Los equipos en urgencias neonatales son especialmente sensibles a las necesidades emocionales de los padres en momentos de gran estrés y preocupación. Brindan apoyo emocional y explican claramente los procedimientos y tratamientos a las familias.

Las urgencias neonatales requieren equipos y tecnología médica avanzada para la monitorización y el tratamiento de los recién nacidos. Esto incluye incubadoras, ventiladores, monitores y acceso a terapias como la administración de surfactante pulmonar en casos de dificultades respiratorias.

El servicio de urgencias neonatales es esencial para la atención inmediata de los recién nacidos con problemas médicos o prematuros. Los profesionales altamente capacitados y la tecnología avanzada son vitales para brindar atención de calidad a esta población vulnerable y, en última instancia, mejorar las posibilidades de supervivencia y salud de los neonatos.

2 Objetivos

-Describir cuáles son las tareas que realiza el TCAE en el servicio de Urgencias neonatales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el servicio de urgencias neonatales son de vital importancia para brindar atención

especializada y compasiva a los recién nacidos en situaciones críticas. Estas responsabilidades abarcan una variedad de áreas:

Asistencia en la Estabilización: El TCAE colabora en la estabilización de los recién nacidos en estado crítico. Esto puede incluir la medición y registro de signos vitales, como la frecuencia cardíaca y respiratoria, y la preparación de equipos de monitoreo.

Preparación de Equipos: Asegura que los equipos médicos, como incubadoras y ventiladores neonatales, estén en buen estado y listos para su uso. También ayuda en la preparación de medicamentos y equipos necesarios para procedimientos médicos.

Soporte a Enfermeras Especializadas: Trabaja en estrecha colaboración con enfermeras neonatales especializadas y otros profesionales de la salud para realizar procedimientos como la administración de medicamentos, la toma de muestras o el suministro de nutrición parenteral.

Cuidado de la Piel: Proporciona cuidados delicados a la piel de los recién nacidos prematuros, que puede ser especialmente frágil. Esto incluye cambiar pañales, mantener la higiene y aplicar cremas o ungüentos según sea necesario.

Asistencia a Padres: Brinda apoyo emocional a los padres de los recién nacidos en urgencias neonatales, explicando los procedimientos y tratamientos, y ofreciendo consuelo en momentos de ansiedad.

Seguridad y Prevención de Infecciones: Cumple estrictamente con las medidas de higiene y prevención de infecciones, protegiendo a los neonatos vulnerables de posibles riesgos.

Documentación y Registro: Lleva un registro preciso de los procedimientos realizados, los signos vitales y cualquier cambio en la condición del paciente, contribuyendo a la continuidad de la atención.

Colaboración Interprofesional: Trabaja en equipo con el personal médico y de enfermería, siguiendo las instrucciones y brindando información crucial sobre el estado de los neonatos.

Mantenimiento del Entorno: Asegura que el entorno en la unidad de urgencias neonatales esté limpio y ordenado, minimizando los riesgos para los pacientes.

La atención en urgencias neonatales es altamente especializada y requiere una

comprensión profunda de las necesidades únicas de los recién nacidos. Los TCAE desempeñan un papel esencial en el equipo de atención, contribuyendo a la seguridad, el confort y la atención integral de estos pacientes críticos y sus familias.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para un TCAE en el servicio de urgencias neonatales es la diligencia y la compasión. Trabajar con recién nacidos en situaciones críticas exige un alto nivel de atención a los detalles y a la seguridad. Sea meticuloso al preparar equipos, medicamentos y al cuidar la piel delicada de los bebés prematuros. Además, priorice la empatía y la comunicación efectiva con los padres, quienes pueden estar angustiados. Explique los procedimientos con calma y apoye emocionalmente a las familias en este momento tan delicado.

La colaboración cercana con el equipo médico y de enfermería es esencial. Escuche y siga las instrucciones cuidadosamente, y esté listo para asistir en procedimientos y cuidados especializados. Mantenga un ambiente limpio y seguro en todo momento. En resumen, al ser diligente y compasivo, usted contribuirá significativamente al buen funcionamiento de las urgencias neonatales, brindando atención de calidad y apoyo tanto a los recién nacidos como a sus familias.

6 Bibliografía

Ortega, R. G., Gallardo, R., Gómez, M. E., Gonzalo, S. F., Zorro, N. L., & Sevillano, S. G. (2022). Funciones del TCAE ante el paciente con ictus en el servicio de urgencias y la unidad de ictus. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(9), 392.

Capítulo 206

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RELACIÓN DE AYUDA DENTRO DEL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA

REGINA CONDE GONZÁLEZ

1 Introducción

La Importancia de la Relación de Ayuda en Enfermería.

La relación de ayuda en el ámbito de la enfermería desempeña un papel fundamental en el bienestar y recuperación de los pacientes. Se trata de un proceso integral que va más allá de la atención médica pura y se enfoca en brindar apoyo emocional, psicológico y social a quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad debido a su estado de salud. En este contexto, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un rol crucial al interactuar directamente con los pacientes y contribuir significativamente a la relación de ayuda. El TCAE como facilitador de la Relación de Ayuda.

El TCAE juega un papel esencial en la relación de ayuda debido a su contacto cercano y frecuente con los pacientes. Su labor va más allá de las tareas técnicas y abarca la dimensión humana de la atención médica. El paciente no solo busca soluciones médicas, sino también comprensión, empatía y apoyo en su proceso de sanación. El TCAE debe ser capaz de orientar al paciente, satisfacer sus necesidades y brindar un sentido de significado a su situación actual.

En este contexto, la capacidad del TCAE para facilitar la expresión libre de los sentimientos del paciente es de suma importancia. Al crear un entorno seguro y

de confianza, el paciente puede liberar sus emociones y temores, disipando así la ansiedad relacionada con el miedo al rechazo o la percepción de ser juzgado. Esta apertura emocional es crucial para el proceso de curación integral, ya que contribuye a reducir la carga emocional y el estrés que pueden afectar negativamente a su recuperación.

La calidad en los Cuidados de Enfermería.

Los cuidados de enfermería deben ser no solo eficaces, sino también de calidad. El TCAE está capacitado para brindar cuidados técnicos y emocionales de alta calidad. A través de su dominio de conocimientos y herramientas, puede aliviar el malestar del paciente y proporcionar la ayuda necesaria de manera competente y compasiva. La atención al detalle y la sensibilidad a las necesidades individuales permiten al TCAE ofrecer un nivel de atención que va más allá de la superficie médica y se adentra en la esfera emocional del paciente.

Desafíos Emocionales del Paciente y Crecimiento Personal.

En muchos casos, el paciente llega al entorno de la atención a la salud con sentimientos de ansiedad, malestar y miedo. Estas emociones pueden ser debilitantes y afectar negativamente a su recuperación. Aquí es donde la relación de ayuda TCAE-paciente juega un papel esencial. A través de la empatía y la escucha activa, el TCAE puede contribuir a aliviar estas emociones, proporcionando un espacio donde el paciente se sienta comprendido y apoyado.

Es importante destacar que esta relación de ayuda no solo beneficia al paciente, sino también al propio TCAE. Cada interacción con un paciente ofrece al TCAE la oportunidad de aprender y crecer personalmente. Al experimentar una variedad de situaciones, el TCAE amplía su comprensión de la enfermedad, las emociones humanas y las diferentes formas en que las personas enfrentan los desafíos de la salud. Esta experiencia acumulada aumenta las habilidades de relación del TCAE y su capacidad para brindar apoyo eficaz en momentos de estrés.

En resumen, la relación de ayuda en enfermería va más allá de la atención médica tradicional y abarca aspectos emocionales y psicológicos cruciales para la recuperación del paciente. Los TCAE desempeñan un papel esencial en esta dinámica, al proporcionar apoyo emocional, empatía y cuidados de alta calidad. La relación de ayuda TCAE-paciente es una vía de doble sentido, donde tanto el paciente como el TCAE pueden crecer y desarrollarse personalmente. En última instancia, esta relación no solo contribuye a la curación física, sino también al bienestar emocional y mental del paciente.

2 Objetivos

Conocer el papel del TCAE en la relación de ayuda dentro del ámbito de la enfermería.

3 Metodología

El proceso de investigación y análisis llevado a cabo en este estudio se ha guiado por una metodología robusta, fundamentada en la revisión bibliográfica de fuentes confiables y relevantes. Esta metodología se erige como un camino sólido para obtener información, comprender el panorama existente y respaldar las conclusiones y hallazgos presentados.

La revisión bibliográfica es una herramienta poderosa en la investigación, especialmente cuando se aborda un tema intrincado y multidimensional como la relación de ayuda en el ámbito de la enfermería. Esta metodología permite acceder a una amplia gama de recursos académicos y científicos, como revistas especializadas, libros, tesis y otros materiales publicados. Al explorar estas fuentes, se obtiene una visión enriquecedora y diversificada de las perspectivas, teorías y enfoques que rodean la relación de ayuda y su importancia en la atención de enfermería.

La base de esta metodología es la búsqueda y exploración sistemática de bases de datos relevantes. A través de plataformas académicas y científicas reconocidas, se identificaron fuentes que abordaban la relación de ayuda en enfermería desde diversas perspectivas. Los términos de búsqueda se seleccionaron cuidadosamente para asegurar que los resultados fueran pertinentes y abarcasen todas las dimensiones relevantes del tema.

La selección de fuentes fue un proceso meticuloso. Se establecieron criterios de inclusión que garantizaban la calidad y pertinencia de las fuentes seleccionadas. Se priorizaron estudios empíricos, revisiones sistemáticas, artículos de investigación y publicaciones académicas de renombre. Además, se prestó especial atención a la actualidad de las fuentes, asegurando que la información recopilada reflejara los desarrollos más recientes en el campo.

Una vez recopilada la información, se procedió con un análisis detallado y una síntesis crítica de los hallazgos. La información relevante fue categorizada en función de los temas y enfoques clave relacionados con la relación de ayuda en enfermería. Esta fase del proceso permitió identificar patrones, tendencias y discrepancias en la literatura existente, lo que a su vez contribuyó a la formación de una visión integral y cohesiva del tema.

Los resultados obtenidos a través de la revisión bibliográfica proporcionaron una base sólida para las conclusiones y la discusión presentadas en este estudio. Al respaldar los argumentos con hallazgos respaldados por investigaciones previas, se refuerza la validez y la autoridad de las afirmaciones realizadas. Además, la comparación de diferentes perspectivas y enfoques enriqueció la discusión, permitiendo una evaluación más profunda y equilibrada de la relación de ayuda en enfermería.

A pesar de la robustez de esta metodología, es importante reconocer algunas limitaciones. La revisión bibliográfica depende en gran medida de la disponibilidad de fuentes relevantes y actualizadas. Es posible que algunas perspectivas o desarrollos más recientes no estén completamente representados. Además, la interpretación de los hallazgos puede estar influenciada por la subjetividad del investigador y la selección de fuentes. No obstante, se ha trabajado diligentemente para minimizar estos posibles sesgos.

La metodología empleada en este estudio, basada en la revisión bibliográfica, ha permitido una exploración profunda y rigurosa de la relación de ayuda en el ámbito de la enfermería. A través de la selección cuidadosa de fuentes, el análisis crítico y la síntesis de la información, se ha logrado construir un fundamento sólido para las conclusiones y la discusión presentadas.

4 Resultados

La relación de ayuda en el contexto de la enfermería se erige sobre un objetivo fundamental: fomentar el cambio en las actitudes y comportamientos negativos del paciente. Este imperativo destaca la importancia de abordar no solo los aspectos médicos de la enfermedad, sino también los elementos emocionales y psicológicos que afectan a la salud y recuperación del individuo. Para lograr este propósito, es vital que los objetivos trazados sean específicos, adaptados a las necesidades de cada paciente y se presenten de manera clara y realista.

- La Esencia de los Objetivos en la Relación de Ayuda.

Los objetivos en la relación de ayuda tienen el propósito primordial de guiar la interacción entre el profesional de la salud y el paciente hacia un cambio positivo en la manera en que este último enfrenta y se relaciona con su situación de salud. No se trata simplemente de la administración de tratamientos médicos, sino de un compromiso profundo para comprender y abordar las dimensiones emocionales y psicológicas que acompañan al proceso de enfermedad y recuperación.

- Especificidad y Adaptación a las Necesidades Individuales.

La clave para establecer objetivos eficaces en la relación de ayuda radica en su

especificidad. Cada paciente es un individuo único con circunstancias personales, emocionales y físicas distintas. Por lo tanto, los objetivos deben ser adaptados a esas necesidades individuales. Esto implica un proceso de evaluación integral, en el que el profesional de la salud, en colaboración con el paciente, identifica las áreas específicas que requieren atención y mejoras. Desde la gestión del dolor hasta el manejo de la ansiedad o la promoción de la adhesión al tratamiento, los objetivos deben reflejar estas necesidades individuales de manera clara y precisa.

- Claridad y Realismo en la Formulación de Objetivos.

La formulación de los objetivos debe ser caracterizada por su claridad y realismo. La ambigüedad solo puede conducir a malentendidos y falta de dirección en el proceso de relación de ayuda. Al establecer objetivos claros y fácilmente comprensibles, se facilita la comunicación entre el profesional de la salud y el paciente. Esto asegura que ambas partes estén en la misma página en cuanto a lo que se busca lograr.

Así mismo, la realidad del paciente debe ser considerada al establecer objetivos. Estos deben ser alcanzables y realistas en función de la condición actual del individuo. Establecer metas inalcanzables puede generar desmotivación y frustración, minando la confianza en el proceso de relación de ayuda. En cambio, objetivos realistas fomentan un sentido de logro y progreso gradual, lo que a su vez refuerza la motivación y la colaboración del paciente.

- La Intersección de la Relación de Ayuda y los Objetivos.

La relación de ayuda es el vehículo a través del cual se buscan alcanzar los objetivos planteados. La empatía, la escucha activa y la comprensión genuina son las herramientas que el profesional de la salud, incluyendo al TCAE, utiliza para conectar con el paciente y trabajar hacia esos objetivos. El establecimiento de una relación de confianza proporciona el contexto adecuado para el intercambio abierto y honesto.

Es imprescindible que el paciente se sienta responsable del plan y adquiera un compromiso de cumplimiento con el TCAE.

El TCAE debe asegurarse de que el paciente dispone de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos propuestos y que dichos recursos son adecuados para solucionar el problema para el que han sido definidos. En esta fase las tareas del TCAE son importantes, Motivar al paciente en el establecimiento de objetivos realistas, Evaluar con el enfermo los miedos y la angustia que la impiden conseguir las metas propuestas y Respetar la intimidad del paciente además de responder a las demandas que exprese.

En la fase crucial de acogida y orientación en la relación de ayuda, se destacan di-

versos aspectos psicológicos que desempeñan un papel esencial para el éxito del proceso. Estos aspectos constituyen los cimientos sobre los cuales se construye una relación sólida y efectiva entre el TCAE y el paciente. Entre los factores fundamentales a tener en cuenta se encuentran:

1. Capacidad de Observación de Aspectos Verbales y No Verbales.

La habilidad para observar tanto los aspectos verbales como los no verbales de la comunicación del paciente es crucial en la fase inicial. Los gestos, las expresiones faciales y el tono de voz pueden proporcionar indicios valiosos sobre las emociones y necesidades del paciente. Esta atención a los detalles permite al TCAE establecer un terreno de empatía y comprensión desde el inicio.

2. Paciencia y Firmeza en la Definición de Límites.

La relación de ayuda demanda una combinación de paciencia y firmeza por parte del TCAE. Establecer límites claros y respetuosos es esencial para mantener una dinámica adecuada y generar confianza mutua. La paciencia es vital al abordar situaciones delicadas, mientras que la firmeza ayuda a mantener un marco de respeto y profesionalismo.

3. Comprensión Empática y Congruencia.

La capacidad de empatizar con las emociones y experiencias del paciente es un componente fundamental. La comprensión empática implica ponerse en los zapatos del paciente y reconocer su perspectiva. Además, la congruencia entre las palabras y las acciones del TCAE refuerza la autenticidad y la confiabilidad de la relación.

4. Fomento de Responsabilidad y Compromiso del Paciente.

Un objetivo esencial en esta etapa es asegurarse de que el paciente se sienta parte activa en el proceso de cuidado y adquiera un compromiso real con el plan establecido. El TCAE tiene la responsabilidad de guiar al paciente hacia la toma de decisiones informadas y la implicación en su propio bienestar.

5. Evaluación y Provisión de Recursos Adecuados.

El TCAE debe asegurarse de que el paciente cuente con los recursos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos. Esto implica evaluar las necesidades individuales y garantizar que los recursos sean adecuados y apropiados para abordar los problemas específicos.

6. Papel Activo en la Motivación y Evaluación.

En esta fase, las acciones del TCAE son de suma importancia. Motivar al paciente para establecer objetivos realistas es esencial para establecer expectativas alcanzables. La evaluación conjunta de los miedos y angustias que pueden obstaculizar el progreso también es crucial para abordar estos desafíos emocionales.

7. Respeto a la Intimidad y Atención a las Demandas del Paciente.

El respeto a la intimidad del paciente es un principio fundamental. El TCAE debe crear un entorno donde el paciente se sienta cómodo compartiendo sus preocupaciones y necesidades. Además, responder a las demandas expresadas por el paciente promueve la confianza y la colaboración mutua.

- **Habilidad Empática y Confrontación: Métodos Complementarios.**

La habilidad empática, que implica satisfacer el deseo del paciente de ser comprendido, es una herramienta poderosa en la relación de ayuda. Al ofrecer empatía genuina, el TCAE crea un espacio seguro para que el paciente revele sus pensamientos y emociones. Esto puede llevar a la confrontación, que es la exposición de las inconsistencias y contradicciones del paciente, realizado de manera efectiva y respetuosa. La confrontación, cuando se realiza con empatía, puede desencadenar un proceso de autoevaluación y cambio.

- **Confrontación en la Etapa de Reestructuración de la Relación de Ayuda.**

En la etapa de reestructuración de la relación de ayuda, la confrontación asume un papel crucial. Durante este periodo, el TCAE guía al paciente en el cambio de perspectiva respecto a su problema. La confrontación se convierte en una herramienta para que el paciente tome consciencia de las incongruencias entre lo que dice y lo que piensa. Este proceso puede conducir a una confrontación interna con los miedos, permitiendo al paciente discernir entre problemas solucionables e irremediables.

En conclusión, los aspectos psicológicos en la fase de acogida y orientación en la relación de ayuda forman el fundamento de una atención integral y efectiva. El TCAE, al atender a la capacidad de observación, la empatía, la motivación y la confrontación, juega un rol esencial en la creación de un espacio de apoyo y comprensión para el paciente. Estos elementos, combinados con la responsabilidad compartida y la evaluación de recursos, contribuyen a una relación de ayuda enriquecedora y orientada a resultados positivos tanto para el paciente como para el TCAE.

La presentación efectiva del problema del enfermo y la consecución exitosa de un plan de acción son aspectos esenciales en la relación de ayuda proporcionada por el TCAE. La habilidad para comunicar de manera clara y empática, así como para fomentar la colaboración y el compromiso del paciente, son elementos fundamentales en este proceso. Aquí exploramos las destrezas necesarias para presentar el problema del enfermo y las claves para asegurar la ejecución del plan de acción:

- **Destrezas para Presentar el Problema del Enfermo:**

1. **Escucha Activa y Retroalimentación.**

La escucha activa es una destreza primordial. Implica prestar atención completa y sin interrupciones a lo que el paciente está comunicando, tanto verbal como

no verbalmente. La capacidad del TCAE para captar los matices y las emociones detrás de las palabras permite una comprensión más profunda de las necesidades y preocupaciones del paciente. La retroalimentación, en forma de reflejar lo que el paciente ha expresado, demuestra al paciente que se le escucha y comprende, fomentando la confianza y la apertura.

2. Aceptación sin Acuerdo ni Desacuerdo.

La capacidad de aceptar las palabras y sentimientos del paciente sin mostrar juicio, acuerdo o desacuerdo, es un aspecto clave. Esto crea un espacio seguro para que el paciente se exprese libremente sin temor a la crítica. La aceptación genuina fomenta la relación de confianza entre el TCAE y el paciente.

3. Comprensión, Análisis y Definición de Necesidades.

Entender plenamente la situación del paciente es esencial. Esto implica no solo escuchar las palabras, sino también captar el contexto emocional y las preocupaciones subyacentes. El TCAE debe analizar la información proporcionada por el paciente y definir claramente sus necesidades. Esto permite una presentación precisa y enfocada del problema que el paciente enfrenta.

- Claves para Conseguir la Ejecución del Plan de Acción:

1. Compromiso y Responsabilidad del Paciente.

El paciente debe sentirse empoderado y comprometido con el plan de acción. El TCAE desempeña un papel fundamental al guiar al paciente en la toma de decisiones informadas. Establecer expectativas claras y realistas sobre el papel del paciente en su propio cuidado fomenta la responsabilidad y la participación activa.

2. Disponibilidad de Recursos Adecuados.

El TCAE debe asegurarse de que el paciente cuente con los recursos necesarios para implementar el plan de acción. Esto incluye no solo recursos materiales, sino también el apoyo emocional y psicológico necesario para superar obstáculos. Los recursos deben ser apropiados para abordar el problema específico y deben estar al alcance del paciente.

3. Motivación y Evaluación Constante.

El papel del TCAE en esta fase es de motivador y guía. La motivación del paciente para establecer objetivos realistas y alcanzables es esencial. Además, la evaluación constante de los avances y los desafíos es crucial para realizar ajustes según sea necesario. La colaboración activa entre el TCAE y el paciente garantiza que el plan de acción se mantenga relevante y efectivo a lo largo del tiempo.

4. Abordar Miedos y Angustias.

Es vital que el TCAE trabaje con el paciente para identificar y abordar los miedos y la angustia que podrían obstaculizar el cumplimiento del plan de acción. Explorar estas emociones permite al paciente enfrentar sus temores y encontrar estrategias para superarlos, lo que contribuye al éxito general del plan.

5. Respeto a la Intimidad y Satisfacción de Demandas.

Respetar la intimidad del paciente es un pilar fundamental en la relación de ayuda. El paciente debe sentirse cómodo al compartir sus pensamientos y sentimientos más íntimos. Además, el TCAE debe estar atento a las demandas y necesidades expresadas por el paciente, brindando apoyo y atención según corresponda.

5 Discusión-Conclusión

Las destrezas necesarias para presentar el problema del enfermo y asegurar la ejecución exitosa del plan de acción reflejan la naturaleza completa y compasiva del papel del TCAE en la relación de ayuda. A través de la comunicación empática, la colaboración, el fomento de la responsabilidad del paciente y el respeto a la intimidad, el TCAE se convierte en un socio esencial en el viaje del paciente hacia la recuperación y el bienestar. Estas destrezas no solo nutren la relación profesional-paciente, sino que también contribuyen a la calidad integral de la atención de salud proporcionada.

6 Bibliografía

1. Braga, Micheline Miranda; Coimbra, Valéria Cristina Christello; Ribeiro, Julianne Portella; Piexak, Diéssica Roggia; Backes, Dirce Stein; Borges, Anelise Miritz. Apoyo emocional ofrecido por el equipo de enfermería a pacientes hospitalizados. *Evidentia*. 2012 oct-dic; 9(40). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php>.
2. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, de Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med. Intensiva* [Internet]. 2007 Sep [citado 2023 Ago 19] ; 31(6): 318-325. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006&lng=es.
3. Espinoza-Caifil Margarita, Baeza-Daza Paula, Rivera-Rojas Flérida, Ceballos-Vásquez Paula. Comunicación entre paciente adulto críticamente enfermo y el profesional de enfermería: una revisión integrativa. *Enfermería (Montevideo)* [Internet]. 2021 Jun [citado 2023 Ago 19] ; 10(1): 30-43. Disponible

en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062021000100030&lng=es.

Epub 01-Jun-2021. <https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2412>.

4. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente

1.^a Edición 8448612043 • 9788448612047. Autor(es) M^a Pilar Benito Lahuerta, M^a José Simón, Antonio Sánchez Moreno, Mar Matachana Falagán© 2017 | Publicado: 25 de Abril de 2017.

5. Muñoz Devesa Aarón, Morales Moreno Isabel, Bermejo Higuera José Carlos, Galán González Serna José María. La Relación de ayuda en Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2014 Dic [citado 2023 Ago 19] ; 23(4): 229-233. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300008&lng=es.

<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300008>.

6. Díaz Cortés, M. (2016). Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda = Nurse/patient communication: thoughts about help relationship. REVISTA ESPAÑOLA DE COMUNICACIÓN EN SALUD, 55-61. Recuperado a partir de <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3405>.

Capítulo 207

ACTIVIDADES BASICAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON USUARIOS DEPENDIENTES EN UN CENTRO DE DÍA

ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ

LETICIA ALHAMBRA CORONADO

ADELAIDA SANCHEZ SORIANO

ROCIO GUTIERREZ CARRASCO

1 Introducción

El profesional sanitario puede desempeñar sus funciones laborales en varias unidades, servicios especiales, centros de día, etc.

Esto nos indica que el campo sanitario abraza muchos aspectos y pacientes con diferente patología, dependencias, etc.

Podemos definir el centro de día como los centros de día son instalaciones especializadas en tercera edad, discapacidades, etc. donde un grupo de profesionales se dedica a atender las necesidades específicas de las personas mayores solo

durante unas determinadas horas del día en las cuales permanecen en dichos centros.

En la actualidad se ha podido conocer que existen también establecimientos o centros de día que también ofrecen la posibilidad de que el paciente pernocte en ese sitio, pero son los menos. Aunque también es más común que los centros de día serán diurnos, para poder dar respiro a las familias o conocidos durante unas horas. Esto evitará también que tanto las familias como las personas cuidadoras lleguen a un momento crucial y provoquen la claudicación familiar.

En general, los centros de día disponen de personal sanitario como fisioterapeutas, médicos, enfermería, TCAE, terapeutas ocupacionales, etc. Todos ellos trabajan conjuntamente y realizan una valoración y un trabajo individual con cada paciente, atendiendo las necesidades básicas de cada uno.

2 Objetivos

- Describir que tipo de actuaciones o actividades puede desempeñar el TCAE en un centro de día con pacientes dependientes durante su estancia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Se ha querido incluir en esta revisión bibliográfica aspectos o información recopilada de esta búsqueda en la cual nos indica que tipo de actuaciones o actividades puede realizar el TCAE o cualquier profesional sanitario con los usuarios que acuden a un centro de día.

- En un primer lugar el TCAE deberá conocer cuáles son sus funciones o actividades en ese lugar, en caso de desconocimiento su superior directo será el encargado de indicarle y enseñar que tendrá que realizar con usuarios dependientes en un centro de día.

- El TCAE como primera actividad que realizara en el centro de día es el de recepción de los pacientes, por ello en caso de pacientes dependientes acudirán en sillas de ruedas, muletas, etc., por ello recogerá a cada uno de ellos en la situación que acuda y les acomodara.
- Como siguientes actividades pueden ser la realización del aseo correspondiente en muchos centros de día se dispone de duchas geriátricas para la realización de esta tarea, por ello este aseo estará adaptado con la debida prevención de caídas. El TCAE realizará esta función y le acomodará en el sitio correspondiente para que el profesional de fisioterapia o terapeuta realice los ejercicios correspondientes.
- EL TCAE como se ha podido comprobar, también realiza en los centros de día las actuaciones o actividades de refuerzo con los profesionales nombrados anteriormente. Para la movilización y transferencias correspondientes de este paciente. También podrá ser de gran ayuda en los ejercicios de motricidad fina, en la cual algunos pacientes no tienen las habilidades ya para esos ejercicios.
- Como cierre de actividad del centro de día, el TCAE deberá administrar los alimentos necesarios para los pacientes, tanto a nivel parcial en los cuales solamente tendrá que colocar la bandeja y el paciente se administrará el mismo. En otros casos en los que tendrá que administrar el TCAE la alimentación debido a parálisis o déficit de recursos.

5 Discusión-Conclusión

El centro de día es una vía de escape para los familiares, como se ha podido observar es la impotencia de los cuidados o la saturación de estos, lo que indica la búsqueda de ayuda en estos centros.

Como se ha podido observar, el TCAE es de gran importancia en cuanto a la realización de actividades básicas diarias que el paciente no puede realizar por sí mismo.

También se ha podido ver que no solo existe la figura del TCAE en los centros de día, sino que en él se van a encontrar un equipo multidisciplinar que va a ayudar a este paciente en sus necesidades básicas de la vida diaria.

6 Bibliografía

1. SANCHEZ, A. I., & MATILLA MORA, R. (2013). Apoyo a la dependencia en el medio rural. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología: IMC.

2. HORNILLOS, M. (1996) Cuidados diurnos para ancianos: Hospitales y Centros de Día geriátricos y psicogerriátricos. En: Revista española de gariatría y gerontología. Vol. 31. Ed. Gursi Masson. Madrid.
3. LOPEZ, M. C., & LOPEZ MARTINEZ, J. (2007). El apoyo a los cuidadores de familiares de mayores dependientes en el hogar:desarrollo del programa.Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO.

Capítulo 208

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UNA INTOXICACIÓN ETÍLICA EN ADOLESCENTES

ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ

LETICIA ALHAMBRA CORONADO

ADELAIDA SANCHEZ SORIANO

ROCIO GUTIERREZ CARRASCO

1 Introducción

En la actualidad, la mayoría de los adolescentes debido a la gran información que tienen, más todos los avances de internet, publicidad, etc. en un 95% sufren una intoxicación etílica.

Los factores que pueden influir en este tipo de casos de intoxicación entre los adolescentes son la familia, en este caso suelen tener más riesgo en familias desestructuradas, padres separados. La relación entre sus iguales, en este momento se debe tener en cuenta que la adolescencia es una etapa hormonal y que puede generar situaciones de comparación entre sus amigos, conocidos, etc. Por supuesto, los apoyos que tenga este adolescente, esto evitara muchas ocasiones que beba alcohol moderadamente o no.

Podemos decir que el alcohol es una sustancia adictiva y que se puede considerar sustancia psicoactiva. En muchas ocasiones el adolescente consume alcohol en reuniones, discotecas, etc.

Podemos conocer la definición de intoxicación como un conjunto de manifestaciones clínicas derivadas del consumo elevado de alcohol, en cantidad superior a la tolerancia de las personas. Este tipo de intoxicación cursa con diferentes estados que pueden ir desde el estupor, hasta el coma etílico y la muerte. A esto hay que añadir que el adolescente sea sano correctamente en caso de padecer alguna enfermedad, esta intoxicación se podría complicar.

2 Objetivos

- Conocer qué tipo de actuación o funciones podrá realizar el TCAE ante la detección de intoxicación etílica de un adolescente.

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 nuestra revisión hemos querido incluir artículos los cuales documentan que tipo de actuaciones o funciones puede realizar el TCAE ante un paciente adolescente que sufre una intoxicación etílica.

- En el primer momento, el paciente que acudirá o le llevarán sus amigos o una ambulancia, el TCAE es uno de los primeros profesionales sanitarios que reciben al paciente. El TCAE acomodará a este paciente dependiendo del estado de intoxicación de este. En caso de estar muy afectado se le acostará en una camilla. En esta última situación, el TCAE junto con otros profesionales retirará la ropa del paciente y se le pondrá un camisón. Se comprobará el riesgo de caídas de este, se colocarán barandillas en la camilla en caso de riesgo alto.
- El TCAE ayudará durante la valoración médica en la movilización del paciente para poder inspeccionar si tiene algún tipo de heridas, contusiones, cortes, etc.

- El TCAE ayudará al paciente a recoger muestra de orina, para el análisis de tóxicos. Tras la recogida de esta muestra se colocará la pegatina correspondiente en la que se incluirán número de historia clínica, datos personales, nombre, apellidos y fecha y hora de la recogida.
- El TCAE debe conocer que existe una serie de complicaciones tras esa intoxicación etílica como deshidratación, agitación psicomotriz, politraumatismos, con lo cual acompañara al paciente durante todo el ingreso hospitalario. El TCAE también tendrá cerca el carro de parada cardiorrespiratoria en caso de coma etílico.
- En el caso de ser adolescente y menor de edad el TCAE en el momento de llegar sus tutores legales, padres, etc., acompañará a estos a la sala de información facultativa en un primer momento y tras este se acompañará a ver a su familiar en algunos casos.

5 Discusión-Conclusión

Se ha podido ver la importancia del apoyo familiar de los adolescentes, incluso con límites de sus tutores legales, padres, etc.

Como se ha podido observar en nuestros resultados, el paciente que tiene una intoxicación etílica es un riesgo vital, en cuanto a parada cardiorrespiratoria, caídas, etc.

El TCAE es un profesional sanitario de importancia total ante cualquier paciente, pero en el caso de intoxicación es el acompañante de este para evitar todo tipo de complicaciones durante su estancia hospitalaria.

Como final para la conclusión es de vital importancia la formación de los adolescentes para evitar estas intoxicaciones etílicas y posibles riesgos para su salud.

6 Bibliografía

1. Gonçalves Cámara S, Castellá Sarriera J, Sandra Carlotto M. Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. Revista Interamericana de Psicología [revista en internet]; 2007.
2. Nieto Valdivielso N. Los adolescentes en el mundo del alcohol [Internet]. Universidad de Valladolid. Valladolid: 2015.
3. Bastida Bastus N, Fernandez Olivas C. Urgencias por consumo de alcohol en atención primaria. Jano [Internet] 2007.

Capítulo 209

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON LESIONES TÉRMICAS

ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ

LETICIA ALHAMBRA CORONADO

ADELAIDA SANCHEZ SORIANO

ROCIO GUTIERREZ CARRASCO

1 Introducción

Una lesión térmica es aquella que afecta a la piel, se produce por la acción de frío, calor, productos químicos... La mayoría de los casos de pacientes con estas lesiones se producen en el ámbito de trabajo o en el hogar.

Las lesiones térmicas pueden ser de tipo leve (afectando a la piel), o incluso llegar a ser mortales (destruyendo órganos internos), existen quemaduras de primer, segundo y tercer grado

Cuando un paciente está quemado, lo primero que se hace es refrescar la quemadura en agua fresca pero no frío.

Si la quemadura está en la cara, lo más recomendable es que se aplique el agua con un paño húmedo y no directamente, es importante que en una quemadura abierta se realicen lavados frecuentemente (ya sean diarios o cada 48 horas).

Cuando el paciente llega muy quemado a urgencias hablamos de un paciente politraumatizado, en este caso el técnico en cuidados auxiliares de enfermería será el encargado de retirar las prendas no adheridas al paciente, a continuación, se le tapará con sabanas estériles y se le abrigará para evitar que llegue a la hipotermia.

En casos graves hay Unidades de Quemados críticos, en España se producen más de 6.500 visitas a Urgencias, muchas de ellas son ingresos hospitalarios y entre 123 y 212 son fallecimientos causados por fuego y explosiones.

Estos datos nos hacen ser conscientes de la importancia que tiene intentar mejorar la prevención, ya que seguro que muchos de estos casos se podían haber evitado.

2 Objetivos

- Describir los aspectos básicos a tener en cuenta en relación con las lesiones térmicas.
- Exponer funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el cuidado a los pacientes que las padecen.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se efectuó una búsqueda y revisión bibliográfica de diferentes trabajos relacionados con el tema escogido, "Atención del TCAE al paciente con lesiones térmicas".

Se utilizaron bases de datos científicos como Medline, Pubmed y Scielo, seleccionando artículos científicos, procedentes de publicaciones académicas revisadas e información de guías actualizadas.

Palabras clave: "quemados" "atención" "quemaduras" "cuidados" "injerto".

4 Resultados

Los tipos de quemaduras se clasifican según su porcentaje de superficie corporal total del cuerpo, según su profundidad, etc., pero también van asociadas a las patologías de cada persona, algún tipo de síndrome, insuficiencia, inmunodeficiencia, las que afectan a zonas críticas, si son ancianos o lactantes o incluso las que se suman a algún otro tipo de traumatismo.

Existen muchos tipos de complicaciones algunas de ellas son: infecciones, cicatrices o retracciones articulares, cuando una persona está quemada, podemos observar que la piel esté roja, blanca o con mancha esto conlleva que la zona pueda estar también inflamada, las quemaduras también pueden formar ampollas y el dolor puede llegar a ser muy fuerte.

Las quemaduras de segundo grado o mayores suelen dejar cicatrices, después de una quemadura la piel se regenera y en caso de una quemadura grave se realizará un trasplante del tejido y se intentará llevar a cabo la renovación de la piel sin que haya rechazo.

En las quemaduras profundas existen varios tipos de complicaciones que son casi imposible evitarlas como una sepsis (por una infección bacteriana), hipotermia (por una temperatura corporal muy baja), problemas respiratorios a cuenta de la inhalación de humo o entrada de aire caliente, queloides (por el crecimiento excesivo de tejido), problemas óseos o articulares.

Podemos evitar quemaduras de muchas maneras, por ejemplo, controlando los elementos mientras se cocina, evitar fumar en zonas como por ejemplo una habitación, controlar las temperaturas de comidas, desenchufar dispositivos cuando no se utilicen.

También se debe tener precaución fuera del hogar, sobre todo con ancianos y lactantes se debe estar alerta en los sitios de alto riesgo de quemaduras, sobre todo si nos encontramos en lugares donde hay llamas, sustancias químicas, etcétera. Respecto al papel del TCAE en el cuidado de pacientes con estas lesiones, destacamos:

- EL TCAE debe obtener información sobre las causas y el tratamiento para realizar correctamente los cuidados que sean necesarios.
- El TCAE debe establecer los cuidados que sean necesarios para así disminuir las posibles secuelas e ir mejorando el compromiso vital del paciente quemado
- El TCAE debe encargarse de mantener las precauciones necesarias, ya sea a través del lavado de manos, uso de guantes o uso de lentes protectoras.
- El TCAE es el responsable de llevar los materiales utilizados a Esterilizar y desinfectar para así evitar cualquier tipo de infección.

5 Discusión-Conclusión

Las lesiones térmicas es uno de los traumatismos más severos, lo más importante es mantener la vía aérea permeable, asegurar una circulación adecuada, evitar hipotermias, las quemaduras son muy dolorosas y pueden llegar a dejar secuelas

importantes en el paciente, muchos estudios afirman que en la mayoría de casos es un tipo de lesión evitable.

Por ello existen numerosos programas para la prevención de los accidentes que causan estas lesiones.

El TCAE, realiza un trabajo importante a la hora de realizar los cuidados a un paciente quemado, ya que lo tiene que asistir intentando hacer desaparecer el sufrimiento y procurar llevar a cabo su bienestar, aportándoles también una atención terapéutica.

6 Bibliografía

1. Enciclopedia Médica ADAM. (22 de marzo de 2020). MedlinePlus. [https:// medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000743.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000743.htm)
2. Organización Mundial de la Salud - OMS. Recuperado el 15 de julio de 2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>
3. Quemadura, primeros auxilios. <https://www.mayoclinic.org/es-es/first-aid/first-aid-burns/basics/art-20056649>
4. <http://chguv.san.gva.es/documents/10184/28508/protocolo+ante+un+quemado/66bd3d82-059e-48a1-8e9b-02aaf3bf348>

Capítulo 210

EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y SU FUNCIÓN EN EL SONDAJE URINARIO

ISABEL MATA ESCRIBANO

MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ

ESTER MORENO MORA

MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE

ANA BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA

1 Introducción

El sondaje urinario es una técnica muy frecuente y habitual utilizada para facilitar la expulsión de orina desde la vejiga, recogida de la misma, analizarla si así fuera necesario y pautado y realizar un control de diuresis para saber la cantidad de orina que se produce. Se suele practicar en pacientes:

- Que padecen retención de orina.
- Que se van a someter a una intervención quirúrgica, de próstata, ginecológica, de colon...
- Pacientes que tienen alguna patología en la que es necesario saber el volumen de orina producida.
- Pacientes inmovilizados, ya sea porque requieran reposo absoluto o porque hayan perdido su movilidad.

- Pacientes que necesitan medicación administrada por la vejiga, como puede ser el cáncer de vejiga.

El sondaje urinario se realiza mediante la introducción de un tubo flexible por la uretra hasta poder llegar al interior de la vejiga. Las sondas pueden ser de diferente tamaño, grosor y calibre, respecto al material pueden ser de látex, silicona..., también hay de varios tipos dependiendo de la patología a tratar, puede ser recta, acodada..., el médico responsable del paciente será el que decida la adecuada para el paciente.

Cuando se le practica a un paciente un sondaje urinario lo exponemos al riesgo de sufrir una infección transuretral (ITU), siendo la más habitual la infección de orina, por lo que la higiene y asepsia son primordiales en el proceso.

2 Objetivos

Explicar en que consiste un sondaje vesical, sus posibles complicaciones y la forma adecuada de realizar dicho proceso respecto a la prevención de infecciones urinarias.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de diferentes estudios tanto descriptivos como prospectivos y ensayos aleatorios con búsquedas en diferentes bases de datos como Dialnet, Medline Plus, Pubmed y Google académico. Los descriptores y palabras clave utilizadas han sido: infecciones nosocomiales, sondaje vesical, infecciones urinarias (ITU), bolsa de orina, mantenimiento, asepsia y cuidados.

4 Resultados

La sonda vesical consiste en un tubo semirrígido de material plástico siliconado con el final perforado por el que se recogerá la orina de la vejiga y cuyo extremo contrario deberá de ser conectado a la bolsa de diuresis. La bolsa de diuresis, también llamada bolsa recolectora es el recipiente en el que se almacenará la orina, estando conectada a la sonda a través de un tubo.

Para realizar un sondaje urinario el paciente ha de desnudarse de cintura para abajo y tumbarse boca arriba. El proceso debe ser aséptico, el profesional sanitario que realizará el sondaje debe lavarse las manos higiénicamente y ponerse guantes estériles, el material e instrumental que necesite debe estar debidamente

desinfectado, dicho material le será proporcionado por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, el cual también debe tener una correcta higiene de manos. Antes del sondaje el técnico auxiliar en cuidados de enfermería, lavará la zona perianal y cercana con jabón neutro, procediendo al posterior secado. En el procedimiento se desinfectará la uretra del paciente, posteriormente se lubricará la parte de la sonda a introducir para facilitar su entrada, el lubricante deberá ser acuoso, una vez se desinfecta la entrada de la uretra y se introduce una sonda que lleva el mencionado lubricante en su punta para facilitar la entrada, ya introducida se inflará el globo de la sonda con suero o agua y se conectará la sonda a una bolsa colectora de orina. La bolsa deberá vaciarse cuando sea preciso, realizándolo al menos una vez al día, aunque esto va a depender de la patología del paciente y de la prescripción realizada por el personal facultativo.

Las funciones realizadas por el TCAE en el procedimiento del sondaje vesical consisten en:

Preparación del material y entregándolo de forma aséptica al profesional de enfermería cuando se lo solicite. Este material estará compuesto por distintos elementos como: una palangana con agua caliente, jabón neutro, esponja... para realizar la higiene genital, guantes, productos antisépticos, gasas y compresas estériles, lubricante acuoso, la propia sonda vesical y la bolsa de diuresis, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Lo más importante y principal durante el proceso de inserción de sonda vesical y su posterior mantenimiento es la higiene y asepsia para evitar posibles infecciones. El técnico auxiliar en cuidados de enfermería deberá cambiar las bolsas colectoras cuando sea necesario, las bolsas deberán vaciarse como mínimo una vez al día, manteniendo la zona perianal limpia y aseada, con el fin de evitar posibles infecciones intrahospitalarias asociadas al sondaje vesical. El TCAE también deberá observar que no se produzcan obstrucciones en el tubo de drenaje, de higienizar el área perineal-genital mínimo dos veces al día y del debido registro de la cantidad y características y color de la orina drenada.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Recogida de muestras de orina en paciente con sonda vesical por el TCAE [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el

- 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/recogida-de-muestras-de-orina-en-paciente-con-sonda-vesical-por-el-tcae/>
2. Sánchez MR. Cuidados de enfermería en pacientes portadores de sonda vesical [Internet]. Mi vida con un Catéter Doble J. 2019 [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://cateterdoblejota.com/cuidados-enfermeria-pacientes-sonda/>
3. Cómo vaciar y limpiar la bolsa de su sonda urinaria [Internet]. Ucsd.edu. [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://myhealth.ucsd.edu/RelatedItems/3,85557>

Capítulo 211

CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SOBRE EL PACIENTE CON EL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

MARTA QUIRÓS CAÑAS

EVA MARIA ALARCON AVELLANO

CATALINA ALMENDROS MESIAS

1 Introducción

El síndrome de Guillain Barré se define como una patología adquirida de los nervios periféricos. Consiste en una polineuropatía (el compromiso de múltiples nervios en diferentes localizaciones), en estado agudo inflamatorio. Su comienzo es de forma repentina y las investigaciones apuntan a una causa de origen autoinmunitario, aunque se ha observado que son frecuentes las infecciones previas como las infecciones gastrointestinales.

Sus principales características consisten en un descenso de la fuerza muscular o parálisis motora flácida que avanza progresivamente y ascendiendo a gran velocidad. Además, se produce una desaparición de los reflejos osteotendinosos. Los reflejos osteotendinosos o reflejos miotáticos son reflejos medulares que se exploran en la práctica clínica para detectar patologías o lesiones a nivel de la médula espinal.

La patología modifica las vainas de mielina provocando una polirradiculoneuropatía desmielinizante. Es posible que llegue a dañar el axón y se produzca un deterioro nervioso. Se produce en todas las edades, aunque es más frecuente en adultos y muy raro en niños menores de dos años.

Actualmente, el síndrome de Guillain Barré tiene una incidencia que ha aumentado de forma inusual, por lo que es importante que los profesionales sanitarios, en concreto el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, conozcan el procedimiento de diagnóstico, el tratamiento y los cuidados necesarios para tratar al paciente y sus síntomas.

2 Objetivos

- Exponer la fisiología del síndrome de Guillain Barré y los síntomas que presenta el paciente
- Explicar los posibles cuidados que puede recibir del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

3 Metodología

El presente capítulo se ha realizado mediante la revisión sistemática de la bibliografía citada, utilizando archivos de información como Pubmed u otros. Con base en artículos científicos y de formación se han adquirido los conocimientos redactados, usando además información actualizada.

4 Resultados

Existen diferentes criterios utilizados para el diagnóstico del síndrome de Guillain Barré. Cuantos más criterios se cumplen, más probable es el diagnóstico.

Los imprescindibles son:

- La disminución motora progresiva que ocurre en varias extremidades
- Pérdida de reflejos

Otros criterios que ayudan en el diagnóstico son:

- Parálisis facial bilateral (puede ser otro signo de los nervios craneales también)
- Un aumento de proteínas en el líquido cefalorraquídeo, menor a 10 células por mm cúbico.
- Posible simetría en los signos, puesto que en numerosas ocasiones la afectación de una extremidad incluye la afectación del otro.

Para los cuidados del paciente con síndrome de Guillain Barré, es importante valorar las necesidades de este.

- La respiración: tener en cuenta si necesita oxigenoterapia
 - Alimentación e hidratación. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ayudará, si es necesario, en la alimentación del paciente en el caso de que este presente dificultades.
 - Movilización y posturas adecuadas. Es importante que el profesional se ocupe de observar si el paciente se moviliza por sí solo o necesita cambios posturales de forma frecuente.
 - Higiene. El paciente será asistido en el caso de que necesite ayuda para realizar las diferentes funciones relacionadas con su higiene.
 - Comunicación. El profesional debe comunicarse con el paciente para favorecer los cuidados adecuados, valorar su estado de salud, favorecer el apoyo psicológico durante la enfermedad y darle las instrucciones necesarias para sus cuidados.
- Existe un factor de riesgo en cuanto a la movilidad debido a la afectación motora del paciente, por lo que se debe vigilar la prevención de lesiones por caídas u otros factores.

Además de esto, el Técnico debe controlar de forma rutinaria las constantes vitales del paciente, registrando los datos obtenidos y revisando si existe alguna alteración patológica de estos signos.

5 Discusión-Conclusión

El paciente con Síndrome de Guillain Barré encuentra afectadas distintas partes del cuerpo, como las extremidades de forma principal, o incluso parálisis en otras zonas. Es importante que el profesional sanitario conozca las posibles afectaciones de la enfermedad para el control de estas, el protocolo de cuidados y la asistencia al paciente. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se encarga del control de los signos vitales, de los cuidados básicos del paciente y le proporciona apoyo psicológico, siendo un papel determinante en el estado de salud y la recuperación del paciente. Además, se ha observado un aumento de la incidencia de este síndrome en la población, por lo que la formación de los profesionales sanitarios en este ámbito se hace aún más relevante.

6 Bibliografía

1. De Fátima Hoffmann Rigo, D. Síndrome de Guillain Barré: perfil clínico epidemiológico y asistencia de enfermería. Disponible en: <https://>

//scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000100011#:text=En%20cuanto%20a%20la%20incidencia,predominio%20en%20el%20sexo%20masculino.

2. Revista de Investigación (2022). Plan de cuidados de enfermería en un paciente con posible Guillain-Barre. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-un-paciente-con-posible-guillain-barre/>

Capítulo 212

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL CUIDADO A NUESTROS MAYORES

JENNIFER PEREZ HERRERA

MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ

SILVIA JOVER SABARIEGOS

ELENA GÓMEZ PALOMO

ROCIO ROJO MERCHAN

1 Introducción

Nos referimos con envejecimiento a algo natural de la vida misma, una etapa más por la que todos vamos a pasar, actualmente en la sociedad la vejez es la que subordina la realidad social, económica, cultural, y sanitaria, entre otras.

Cuando decidimos formarnos como TCAE sabemos que no simplemente tenemos que "asear" a una persona, sino que nuestra profesión comprende la fisiología, patologías, diagnósticos, tratamientos, el saber ser empático, y estar dispuesto a sobrellevar cualquier situación, ya que esta última etapa de la vida en muchos casos es muy dura por sus enfermedades.

Son a partir de los 65 años cuando se considera que una persona es anciana.

Nosotros los TCAE somos los que más tiempo pasamos con nuestros pacientes, por ello, debemos interesarnos en conocerlos y saber de sus necesidades para intentar satisfacerlas y que se sientan cuidados y protegidos, normalmente cuando

conocemos a un paciente nuevo, ya sea en su domicilio o en la residencia depende de en qué instancia trabajemos, debemos comenzar por una valoración inicial la cual nos ayudará a conocerlo un poco más y saber que cosas va a necesitar, debemos interesarnos por sus patologías, su familia, su pasado, por las posibles barreras arquitectónicas que existan a su alrededor y suprimirlas etc.

Si el paciente necesita que le ayudemos a realizar sus ABVD lo haremos, pero siempre dejando su propia autonomía a los pacientes para que hagan sus cosas el mayor tiempo de vida, ya que eso le ayudará a mantenerse mejor y mantenerse activos, debemos ofrecerles nuestro apoyo emocional, puesto que además de las ABVD necesitan apoyo emocional y estar plenos física y mentalmente.

2 Objetivos

Exponer las principales funciones que pueden desempeñar los TCAE en el cuidado de la población mayor.

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 enfermedades más comunes en nuestros mayores suelen ser:

- Cardiovasculares
- Respiratorias
- Aparato digestivos
- Aparato locomotor

Aunque las caídas y con ello las fracturas de cadera suelen ser las más habituales en nuestros ancianos y las más peligrosas, ya que en pacientes con una edad avanzada les cuesta más recuperarse, pudiendo derivar hasta la muerte.

Según estudios las caídas son la sexta causa de muerte en personas mayores de 65 años y son responsable de un 70% de accidentes mortales en personas mayores de más de 75 años.

Como TCAE tenemos varias funciones y diferentes procedimientos a seguir en el cuidado de nuestros mayores.

Primero nombraré algunas de nuestras funciones;

1.Realizar el aseo

2.Hacer camas

3.Realizar cambios posturales

4.Repartir comidas y recogerlas, ayudar a nuestros mayores a comer si lo precisan

5.Ocuparnos de su nutrición e hidratación

Hablemos a continuación de procedimientos a seguir.

Como bien he mencionado con anterioridad, en este trabajo debemos potenciar la autonomía de cada paciente, es decir, nosotros estaremos ahí para ayudarles, supervisar, pero todo lo que ellos puedan hacer, ya sea vestirse, lavarse, peinarse, comer, lo harán ellos, y lo que no puedan le ayudaremos nosotros, pero si dejamos que ellos hagan sus propias cosas, será bueno para retrasar su envejecimiento y ellos sentirse vivos y realizados.

-Procedimientos de alimentación y nutrición: Si nuestro paciente puede comer solo, dejaremos que lo haga, no le metemos prisa y que él lo haga a sus tiempos, si el paciente lo precisa, le ayudaremos nosotros, deben mantenerse hidratados.

-Procedimientos en la eliminación: Llevaremos control de sus micciones y deposiciones, para controlar que evacua y todo está en orden.

-Procedimientos en la oxigenación y circulación: Llevaremos un control de constantes vitales.

-Procedimientos del sueño: Vigilaremos si nuestros pacientes duermen bien y no pasan malas noches alterados.

-Procedimientos para evitar el dolor: Utilizaremos la empatía y la escucha activa, para saber que le duele y escuchar sus necesidades.

-Procedimientos respecto a la actividad: Saber lo que le gusta hacer a nuestros pacientes en sus tiempos libres, para cumplirlo, si les gusta ver la TV, escuchar radio, jugar a las cartas, etc.

Además, debemos hacerles saber que siempre vamos a estar para ellos y ofrecerles todo nuestro apoyo emocional, ya que somos los que más tiempo pasamos con ellos y muchos de ellos se sienten en soledad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión debemos saber que el llegar a esta etapa de la vida en muchos casos es muy duro, ya que muchos de nuestros mayores llegan con diferentes patologías, problemas de huesos, de la circulación, y que nosotros los TCAE

seremos sus profesionales de referencia con lo cual se sentirán arropados por nosotros, puesto que muchos de ellos están solos, no tienen familia o en su defecto sus familiares viven lejos, además de realizar con ellos las ABVD debemos ser empáticos con ellos y ofrecerles en todo momento nuestro apoyo emocional para que se sientan protegidos, queridos y arropados por nosotros, trabajar con personas mayores no es nada fácil, ya que muchas veces ves como se apagan poco a poco, pero para ello debemos trabajar en compañía de los demás profesionales sanitarios para retrasar el deterioro cognitivo.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/tcae-cuidados-anciano/#::text=FUNCIONES%20Y%20CUIDADOS%20DEL%20TCAE%20Hacer%20las%20camas.,puedan%20hacerlo%2C%20excepto%20los%20que%20precisen%20cuidados%20especiales.>

Capítulo 213

FUNCION DE LA ECOGRAFÍA EN LA PATOLOGÍA DE LA VESÍCULA BILIAR

OLIVA VILAR BOTO

SUSANA GUIJARRO TEIMIL

1 Introducción

En la fosa cólica se encuentra una víscera hueca localizada llamada vesícula biliar que forma parte del sistema digestivo, ya que alberga la bilis en su interior y la libera tras las comidas ayudando a la digestión de las grasas.

Presenta unas dimensiones en condiciones normales de hasta 4 cm de diámetro transversal y 10 cm de diámetro longitudinal. El grosor normal de la pared vesicular debe ser inferior a 3 mm salvo que se encuentre contraída (esto ocurre justo después de ingerir los alimentos).

El proceso de vascularización de la vesícula es trabajo de la arteria y vena cólicas. La vesícula, puede dividirse en cuatro partes: fundus, cuerpo, infundíbulo y cuello.

A pesar de ser un órgano de pequeño, con el almacenamiento como principal función, frecuentemente es afectada por diversas entidades.

La patología vesicular es muy frecuente, y conlleva una gran diversidad de procesos tanto malignos como benignos.

La colelitiasis es la afectación vesicular más predominante en el mundo occidental, donde es diagnosticada con 1 millón de casos nuevos al año.

Aunque los cálculos pueden no causar síntomas, es frecuente su asociación con cólicos biliares y colecistitis entre otras patologías biliares.

La ecografía es una prueba específica para la valoración inicial de la vesícula, y por tanto, de elección.

La resonancia magnética (RM) y la tomografía computarizada (TC) se emplean principalmente cuando la ecografía no es claramente concluyente o para el estudio de extensión neoplásica.

2 Objetivos

- Detallar las particularidades radiológicas de la vesícula biliar en estado normal.
- Determinar los hallazgos patológicos que se encuentran en las enfermedades benignas y malignas que afectan a la vesícula biliar, prestando especial atención en aquellas patologías que necesitan tratamiento urgente.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se ha realizado una investigación que consiste meramente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, se ha incidido en la búsqueda minuciosa en libros, seleccionando artículos científicos provenientes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Variantes anatómicas:

Actualmente existen varias variantes de la "normalidad" que hay que perfectamente conocer, para así no interpretar erróneamente por patología, entre las que cabe destacar por su regularidad:

- Gorro frigio: angulación del fundus a causa de un pliegue en la pared vesicular. Siguiendo el paso a la anterior mencionada Gorro Frigio, podemos encontrar:
- Agenesia.
- Duplicación.
- Localización aberrante: intrahepática, ectópica.
- Vesícula flotante: predispone a la torsión.
- Vesícula tabicada: generalmente se identifican septos finos.

Patología benigna:

Podemos dividirla en congénita (existe algún factor con predisposición como la hiperlaxitud ligamentosa) o adquirida. Dentro de la congénita, destaca la anteriormente mencionada torsión.

La torsión vesicular está considerada como una urgencia quirúrgica.

Puede ser:

- Completa ($>180^\circ$), que conllevará compromiso vascular y gangrena.
- Incompleta ($<180^\circ$), en la que solo se produce la obstrucción del conducto cístico. Sospecharemos de esta entidad, si hallamos una imagen en el estudio somnográfico con una vesícula distendida, dolorosa, de orientación anómala y lejos de la fosa vesicular.

No suele alojar litiasis.

El barro biliar, las litiasis, los pólipos, la adenomiomatosis y los procesos inflamatorios agudos y crónicos están incluidos en la patología adquirida.

1. Barro biliar/microlitiasis: su existencia es un signo de éxtasis.

En la ecografía, podremos ver imágenes endoluminales débilmente ecogénicas en la zona declive, móviles y sin sombra. Sin embargo, si la vesícula se está totalmente llena de barro (hepatización de la vesícula/barro edematizante) este ya no será móvil y tendemos que hacer diagnóstico diferencial con procesos neoformativos.

Para ello utilizaremos el doppler, el cual estará ausente en el caso de barro biliar. El tratamiento del barro biliar es la colecistectomía programada.

2. Litiasis: aquí podemos encontrarnos con cálculos de colesterol, pigmentarios o mixtos.

En la ecografía, veremos imágenes hiperecogénicas con sombra acústica posterior.

Si la litiasis fuese de gran tamaño, la sombra puede impedirnos valorar adecuadamente la vesícula.

Para poder distinguirlo de la calcificación de la pared, hay que buscar pared, imagen ecogénica y sombra por ese orden.

Para evitar otros errores diagnósticos, hay que diferenciarlo también de la presencia de gas en la vesícula o en órganos adyacentes.

Al igual que el barro biliar, el tratamiento sería la colecistectomía.

3. Pólipos: pueden ser benignos o malignos.

Ecográficamente, son como lesiones ecogénicas endoluminales que no cambian de posición al colocar al paciente en posición decúbito lateral, ni tampoco presentan sombra acústica posterior.

La presencia de varias lesiones infracentimétricas y pediculadas orientaría hacia un diagnóstico benigno.

Los pólipos benignos a su vez se dividen en pólipos de colesterol, inflamatorios o adenomas.

Los pólipos malignos, suelen ser >10mm, sésiles, solitarios, asociados a litiasis y presentar crecimiento rápido.

Veremos lesiones malignas como adenocarcinomas o metástasis.

El manejo dependerá básicamente del tamaño del pólipo. Por lo general en pólipos menores de 6 mm se harán controles periódicos por ecografía, y en pólipos mayores de 10 mm será necesaria realizar una colecistectomía, y entre 6-10 mm se valorará una de las anteriores opciones mencionadas.

4. Adenomiomatosis: es una lesión benigna, adquirida y de etiología desconocida, pudiendo ser una condición degenerativa secundaria a presiones intraluminales elevadas en la vesícula biliar.

En la ecografía se podrá apreciar la presencia de pequeñas áreas anecoicas intramurales (bilis) y/o ecogénicas (colesterol).

El diagnóstico diferencial de esta entidad inflamatoria benigna es la colecistitis enfisematosa y el cáncer de vesícula.

5. Colecistitis aguda: consiste en la inflamación/infección de la vesícula biliar.

Puede ser: no complicada o litiásica, (la más frecuente) y complicada que a su vez se dividirá en múltiples entidades como veremos a continuación.

Colecistitis aguda litiásica.

Caracterizada ecográficamente por:

- Engrosamiento pared >3 mm.
- Distensión luz >4 cm.
- Litiasis.
- Líquido perivesicular.
- Murphy ecográfico positivo.
- Pared hiperémica con doppler.

Colecistitis aguda complicada:

- Colecistitis aguda alitiásica (10%): tiene una elevada morbimortalidad, ya que se produce en pacientes muy graves y además el diagnóstico es complejo, con una evolución hacia necrosis mural y la perforación.

Ecográficamente, los hallazgos que nos pueden orientar son: la vesícula distendida, con engrosamiento mural, barro biliar y en ocasiones, líquido perivesicular.

El diagnóstico diferencial principal es con el vólvulo vesicular.

El tratamiento pasaría por la colecistostomía percutánea o bien por la colecistectomía urgente.

- Colecistitis gangrenosa (2-38%): se produce por un aumento continuo de la presión intraluminal, que lleva a la isquemia y necrosis de la vesícula.

En la ecografía, apreciaremos membranas desprendidas (bandas de tejido ecogénico dentro de la luz) y contenido hemático. La pared estará engrosada, irregular, con colecciones o incluso con soluciones de continuidad.

Un dato importante es que el signo de Murphy ecográfico es negativo en hasta un 66% de los casos.

El tratamiento será la colecistectomía urgente.

- Colecistitis hemorrágica: complicación gangrenosa de la colecistitis aguda poco frecuente.

En la ecografía, se apreciará una vesícula distendida con contenido muy ecogénico (hemático), pared engrosada, y cambios inflamatorios en la grasa perivesicular. Esta patología es de elevada mortalidad.

- Colecistitis enfisematosa (1%): consiste en la inflamación/infección de la vesícula por microorganismos productores de gas. Se da casi principalmente en pacientes diabéticos. Es importante el diagnóstico precoz de esta entidad por riesgo de gangrena y perforación.

En la ecografía se podrá observar la presencia de imágenes ecogénicas endoluminales o intraparietales, con sombra sucia, y artefacto de reverberación, en el contexto de una colecistitis aguda.

El diagnóstico diferencial será con la presencia de una colelitiasis grande y con la vesícula en porcelana.

Si existen dudas en los hallazgos ecográficos, está indicado realizar una tomografía computarizada de abdomen.

- Perforación vesicular (10%): la localización más frecuente es el fundus. Es bastante infrecuente, pero tiene una mortalidad de entorno al 19-24%.

Ecográficamente veremos una continuidad de la pared, con una vesícula contraída y presencia de líquido.

Esta patología puede ser aguda (con peor pronóstico, desembocando en una peritonitis generalizada), subaguda (la perforación es contenida por la formación de absceso perivesicular) o crónica (se forman fistulas colecistoduodenales, que se manifestaran como un íleo biliar, o un síndrome de Bouveret)

6. Colecistopatías crónicas.

- Colecistitis crónica: se da por la presencia de litiasis y otros factores que conllevan procesos inflamatorios de repetición.

En la ecografía, destaca un engrosamiento difuso de la pared con una vesícula frecuentemente contraída, colelitiasis y ausencia de fenómenos inflamatorios asociados.

El diagnóstico diferencial principal es el proceso neoformativo de la vesícula.

-Colecistitis xantogranulomatosa: es una colecistopatía infrecuente, con hallazgos ecográficos inespecíficos.

Solemos encontrar una vesícula no distendida, de pared engrosada de forma mal definida con nódulos hipoeoicos, y alguna adenopatía locorregional.

El signo de Murphy ecográfico es negativo.

El diagnóstico diferencial tendrá que hacerse con el carcinoma vesicular y con la adenomiomatosis. Cabe destacar que estas entidades pueden coexistir.

- Vesícula en porcelana: consiste en la calcificación de la pared vesicular, bien sea transmural o afectando a la capa mucosa.

En la ecografía, veremos una pared ecogénica con sombra acústica posterior, lo que nos obligará a hacer el diagnóstico diferencial con la colecistitis enfisematosa o con una colelitiasis de gran tamaño.

El tratamiento es la exéresis profiláctica.

Patología maligna:

La vesícula se verá afectada por tumores primarios o por metástasis.

Dentro de los tumores de la vesícula, el 90-95% son adenocarcinomas. Estos tumores, tendrán una diseminación directa hacia órganos vecinos (hígado) y suelen presentar afectación ganglionar locorregional al diagnóstico.

Cabe resaltar la importancia de realizar un diagnóstico correcto, ya que el tratamiento quirúrgico varía en función del grado de invasión/extensión tumoral.

-La dificultad radica en que algunos pacientes pueden presentar clínica vesicular inflamatoria de debut y son erróneamente tratados de colecistitis aguda.

En la ecografía, encontraremos alguno de los siguientes hallazgos:

- Una masa heterogénea en el lecho vesicular de extensión hepática y que suele asociar litiasis oculta.

En el diagnóstico diferencial podemos incluir el barro biliar.

- Engrosamiento mural focal o difuso, generalmente a nivel del fundus.

Haremos el diagnóstico diferencial con la colecistitis crónica, xantogranulomatosa y con la adenomiomatosis principalmente.

- Masa polipoidea con crecimiento intraluminal con base de implantación ancha y flujo doppler presente. Tendremos que diferenciarlo de los pólipos benignos, el barro biliar y las metástasis de melanoma.

Las metástasis vesiculares suelen ser bastante infrecuentes, siendo el melanoma y el hepatocarcinoma las mas frecuentes.

- Melanoma: al igual que el cáncer primario, puede debutar como un cuadro de colecistitis aguda.

Nos encontraremos con lesiones ecogénicas, polipoideas de base ancha y múltiples.

- Hepatocarcinoma: extensión por contigüidad.

5 Discusión-Conclusión

La vesícula biliar es una víscera hueca cuya función principal es el acúmulo de la bilis.

Pese a su pequeño tamaño, es un foco frecuente de patología.

La litiasis biliar es la patología más frecuente en la población general.

La presencia de colelitiasis será la responsable del origen de colecistitis aguda en más del 90% de casos. Este proceso inflamatorio-infeccioso engloba la mayor parte de las solicitudes de estudio ecográfico urgente en pacientes con dolor abdominal, solo superado por la sospecha de apendicitis aguda.

El espectro de la patología de la vesícula biliar es amplio por lo que los hallazgos radiológicos aquí mencionados son clave para realizar un correcto diagnóstico ecográfico y, por lo tanto, contribuir a un rápido y adecuado tratamiento, evitando así posibles complicaciones, sobre todo en el caso de la colecistitis aguda.

6 Bibliografía

1. Khalili K, Wilson SR. Vesícula y vías biliares. En Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW, Levine D, editores. Diagnóstico por ecografía. 4ª edición. Madrid: Marbán 2014.
2. Bravo J, Lombardo S, et al. Patología de la vesícula biliar. SERAM 2014.[Internet][citado 5 ene 2022].Disponible en: <https://epos.myesr.org/poster/esr/seram2014/S-0903>.
3. Martín L, Duran LC, et al. Colecistitis aguda: las múltiples caras de una gran conocida. SERAM 2014. [Internet][citado 5 ene 2022].Disponible en <https://epos.myesr.org/poster/esr/seram2014/S-0954>.

Capítulo 214

LA TÉCNICA DEL SONDAJE VESICAL: ¿QUÉ PAPEL TIENE EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA COLABORANDO CON EL DIPLOMADO DE ENFERMERÍA?

SONIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Se conoce la técnica del sondaje vesical como aquella que se realiza para que una persona drene y expulse toda la orina de su vejiga, evitando de esta manera que se almacene en ella. Como se trata de una técnica invasiva deberá ser siempre realizada por un miembro del equipo médico o por un diplomado/a de enfermería siempre en colaboración del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para que le brinde la ayuda necesaria durante el procedimiento.

Este procedimiento se realiza insertando un tubo fino y elástico por el meato urinario masculino o femenino que llega hasta la vejiga para establecer una vía de drenaje que podrá ser por diversas causas tales como una intervención quirúrgica o una patología. Existen diferentes tipos de sondas según el tiempo que el paciente lo necesite:

- Sondas permanentes: la sonda podrá estar introducida en el meato urinario por un tiempo superior de hasta 30 días. Suele ser en casos de pacientes con enfermedades terminales, graves o ancianos encamados con imposibilidad de moverse.

- Sondas intermitentes: el catéter se retira una vez que el paciente haya vaciado completamente su vejiga. Suele realizarse tras intervenciones quirúrgicas en pacientes que no consiguen orinar.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) deberá de prestar su ayuda tanto a los miembros del equipo médico como al equipo de enfermería siempre que se dispongan a realizar la técnica del sondaje vesical.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en colaboración con el enfermero durante la técnica del sondaje vesical.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido de una revisión bibliográfica de publicaciones científicas en bases de datos como Medline, Wikipedia, así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros y descriptores como: sondaje, vesical, TCAE. También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

El procedimiento del sondaje vesical, como hemos dicho, anteriormente siempre será llevado a cabo por el personal médico o de enfermería que contará con la colaboración y apoyo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Este proceso será diferente tanto para el hombre como para la mujer debido a su anatomía, pero siempre tendrá el mismo objetivo, extraer la orina de la vejiga. Cuando uno de los profesionales sanitarios citados anteriormente, se disponga a realizar la técnica del sondaje vesical el auxiliar de enfermería deberá:

- Informar junto con el diplomado/a de enfermería de la técnica que se le va a realizar.
- Cierre de puertas y bajada de biombos para preservar la intimidad del paciente.
- Movilizar al paciente, colocándolo en la posición decúbito supino, en ocasiones

si son pacientes pesados el técnico en cuidados auxiliares de enfermería necesitará la ayuda del celador para colocarlo en la posición indicada.

- Antes de comenzar realizar el lavado de manos y colocarnos los guantes.
- Preparar todo el material necesario cerca de la zona donde se va a realizar la técnica.
- Una vez que el diplomado/a de enfermería este dispuesto para comenzar, prepararemos un campo estéril que conste de: paño estéril, guantes estériles, gasas, sonda vesical, jeringa de 10ml, ampolla suero fisiológico.
- En otro lado tendremos preparado: desinfectante, bolsa de diuresis.
- Cuando el diplomado de enfermería nos indique, echaremos desinfectante en las gasas y procederemos a la desinfección de la zona del meato.
- A continuación, el técnico colocará lubricante en la punta de la sonda para proceder a introducirla por el meato, una vez que aparece la orina, se hinchará el globo de la sonda con suero fisiológico para que quede anclada y no se pueda salir.
- Conectaremos la sonda a la bolsa de diuresis.
- Una vez finalizado el procedimiento recogeremos todo el material utilizado.
- Cambiaremos al paciente si es que alguna prenda de lencería de cama o el camión se ha mojado y lo colocaremos en una posición cómoda.

5 Discusión-Conclusión

Para terminar, es muy importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería brinde toda la ayuda necesaria al equipo médico o diplomados de enfermería cuando vayan a realizar esta técnica.

Al ser una técnica invasiva, deberán de ser profesionales sanitarios con experiencia en llevar a cabo este tipo de procedimientos, ya que si el sondaje no se realiza de la manera correcta, podrían aparecer complicaciones en el paciente como infecciones o lesiones en las vías urinarias. El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en cualquier técnica o procedimiento que se vaya a realizar es esencial, ya que en muchas ocasiones es este profesional también el encargado de transmitir tranquilidad al paciente mientras que se lleva a cabo el

sondaje.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003981.htm>.
2. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.pdf>.
3. <https://revistamedica.com/cuidado-tecnica-sondaje-vesical/>.

Capítulo 215

INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA MADRES Y PADRES EN LA TRANSICIÓN A LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

OLIVA VILAR BOTO

SUSANA GUIJARRO TEIMIL

1 Introducción

La nutrición del menor en la primera etapa de la vida va a influir directamente en su desarrollo físico y mental. Una carencia nutricional durante este tiempo acarreará consecuencias graves en la salud del menor. Por ello, las madres y padres serán los principales responsables de vigilar y tratar de cubrir las necesidades básicas del lactante, ofreciendo al bebé una lactancia y una alimentación complementaria saludable y adecuada a su edad.

La alimentación complementaria (AC) engloba todo aquel alimento sólido o líquido, que comienza a tomar el lactante, distinto a la leche materna o de fórmula.

Durante este tiempo, los lactantes van a depender enteramente de las decisiones que tomen sus progenitores, interiorizando sus hábitos y preferencias alimentarias.

Por ello, es indispensable y primordial que los cuidadores reciban y tengan acceso a información adecuada, objetiva y precisa, en relación al comienzo de la alimentación complementaria en el menor, para así, poder reconocer cuáles son los periodos recomendados de lactancia exclusiva y continua.

La realización de un Programa de Información y Educación para la Salud dirigido a los padres y madres, con lactantes menores de dos años, en el Centro de Salud de Teatinos, cubriría la necesidad de orientar y educar a los padres a la hora de comenzar a introducir alimentos diferentes a la leche, favoreciendo así, un óptimo desarrollo del lactante, cubriendo sus necesidades energéticas diarias y previniendo la aparición en el futuro de enfermedades crónicas, como la obesidad.

Palabras clave: Nutrición del Menor, Fenómenos Fisiológicos Nutricionales del Lactante, Padres, Prevención, Cuidado del Lactante, Estilo de Vida Saludable.

2 Objetivos

Presentar un programa de información y educación para madres y padres relacionado con la transición a la alimentación complementaria.

3 Metodología

1. Población diana

Aquellos padres o cuidadores con hijos lactantes que empiezan con la introducción de la alimentación complementaria y pertenezcan a Oviedo o alrededores. Dicho proyecto se llevará a cabo en las instalaciones del Centro de Salud de Teatinos.

CRITERIOS DE ADMISIÓN:

- Padre, madre o tutor legal de uno o más bebés lactantes, desde el nacimiento hasta los dos años.
- Residencia dentro del distrito de Oviedo.
- Padres con interés por participar en el programa.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Personas que no tengan menores a cargo en periodo de lactancia.
- Cuidadores que no hablen o no comprendan el idioma castellano.
- Padres/tutores/cuidadores con hijos mayores de 2 años de edad.

2. Estrategias de captación.

La captación de los padres se llevará a cabo por medio de las consultas primarias de pediatría y de enfermería del Centro de Salud Teatinos.

Para el registro de los participantes, se mostrará en los carteles formativos y folletos, un código QR que le remitirá directamente al enlace de registro. Estos folletos y carteles también se pondrán en las consultas primarias de pediatría, en

urgencias pediátricas del Hospital Universitario Huca de Oviedo, así como en centro de maternidad perteneciente a dicho hospital.

3. Características del programa.

- Número de sesiones: 6 sesiones.
- Duración: 60 minutos por sesión.
- Periodicidad: una sesión semanal.
- Temporalidad: Lunes, de 19 a 20 horas.
- Lugar: Centro de Salud de Teatinos, Oviedo
- Número de participantes: 16.

4. Cronograma de las sesiones.

El proyecto de información y educación para la salud, será de 6 semanas de duración, recuperándose alguna semana si fuese necesario, e impartido en los meses de septiembre-octubre del 2023.

Las sesiones se llevarán a cabo una vez a la semana, con el propósito de lograr una mayor adherencia, efectividad y evitar así, sobrecargar al profesional sanitario. El cronograma del proyecto con las sesiones que se llevarán a cabo son las siguientes:

1ª SESIÓN:

¿ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA? ¿QUÉ ES?

- Proceso por el que se ofrece al lactante alimentos sólidos o líquidos diferentes de la leche materna o de una fórmula como complemento y no como sustitución de ésta.
- Definición de la AC y objetivos.
- Premisas previas.

Lunes, 18 de septiembre de 19 a 20 horas.

2ª SESIÓN:

¿PAPILLA, TROZOS?

- Momento de introducción de la AC.
- Diferentes formas de dar la AC.
- Alimentos adecuados en función de los hitos madurativos.

Lunes, 25 de septiembre de 19 a 20 horas.

3ª SESIÓN:

TIPOS DE ALIMENTOS Y NECESIDADES NUTRICIONALES.

- Orden de introducción de alimentos.
- Necesidades nutricionales básicas.
- Actitudes/conductas parentales frente a la AC.

Lunes, 2 de octubre de 19 a 20 horas.

4ª SESIÓN:

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y ALIMENTOS PROHIBIDOS.

- Alimentos alergénicos y con mayor riesgo de atragantamiento.
- Maniobra OVACE.

Lunes, 9 de octubre de 19 a 20 horas.

5ª SESIÓN:

DE PADRES A COCINEROS EXPERTOS

- Recetas y elaboración de menús saludables.
- Lectura del etiquetado nutricional.

Lunes, 16 de octubre de 19 a 20 horas

6ª SESIÓN:

VALORACIÓN DEL PROYECTO

- Exponemos nuestras valoraciones en respuesta al planteamiento del taller.
- Valoramos la sugerencia de la inscripción al taller para futuros padres/madres y tutores legales para ayudarles en la AC.

Lunes, 23 de octubre de 19 a 20 horas.

4 Bibliografía

1. Onigbanjo MT y Feigelman S. El primer año. En: Kliegman RM, Geme S y Blum. Nelson. Tratado de pediatría [Internet]. Edición 21º. Reino Unido: Elsevier; 2020. [Consultado 10 Mar 2022]. 131-136.
2. Estudio ALADINO 2019: Estudio sobre Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2019 [Internet]. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Consumo; 2020 [Consultado 20 Ene 2022]. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Informe_Aladino_2019.pdf.
3. Jiménez Ortega AI, Martínez García RM, Velasco Rodríguez-Belvis M y Ruiz Herrero J. De lactante a niño: alimentación en diferentes etapas. Nutr. Hosp. [Internet] 2017 [Consultado 11 Feb 2022]; 34(Suppl 4): 3. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017001000002&lng=es. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1563>.
4. Lázaro Almarza A, Martín Martínez B. Alimentación del lactante sano. En: Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP [Internet]. Majadahonda: Ergon; 2010 [Consultado 11 Feb 2022]. p. 287-96. Disponible en: <https://docplayer.es/9246410-Alimentaciondel-lactante-sano.html>.

5. Arana Cañedo-Arquélles C et al. Alimentación del lactante y del niño de corta edad. Guías conuntas de Patología Digestiva Pediátrica Atención Primaria Especializada [Internet] 2019 [Consultado 12 Feb 2022]:1-44. Disponible en: <https://www.ampap.es/wp-content/uploads/2019/04/Alimentacion-dellactante-y-del-ni%C3%B1o-de-corta-edad.pdf>.
6. Esteban E. Tabla del desarrollo de los niños de 0 a 6 años [Internet]. Madrid: Guía Infantil; 2021 [Consultado 26 Abr 2022]. Disponible en: <https://www.guiainfantil.com/articulos/bebes/desarrollo/tabla-del-desarrollode-los-ninos-de-0-a-6-anos/>.
7. Zazpe García I, Muñoz Hornillos M, Martí del Moral A. Dieta durante la infancia y la adolescencia. En: Salas-Salvadó J et al. Nutrición y dietética clínica. 4.^a Edición [Internet]. Barcelona: Elsevier España; 2019 [Consultado 11 Mar 2022].159-178.
8. Gómez Fernández-Vegue M. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la Alimentación Complementaria [Internet]. Madrid: Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría; 2018 [Consultado 13 Feb 2022]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf.
9. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [Consultado 8 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

Capítulo 216

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS LESIONES OCASIONADAS POR PRESIÓN MANTENIDA

BELEN TORRESANO MOTA

SARA RIVERO CARMONA

DIANA GARCÍA DE LOS REYES

VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ

ISABEL CASTILLO PASCUAL

1 Introducción

En referencia a las lesiones o heridas que se ocasionan en la piel del enfermo, en este artículo nos centraremos en las úlceras por presión que se ocasionan en la piel por estar el enfermo siempre en la misma postura durante mucho tiempo. Lo que se da con más frecuencia es que se produzcan donde los huesos están más en contacto con la piel, es decir, en las zonas de declive del cuerpo, especialmente en la zona del sacro, aunque así mismo, en los talones, tobillos, y caderas. Logra ocasionar infecciones graves y poner la vida del enfermo en peligro, llegando a ser un gran problema para los cuidadores de instituciones o en ingresos, donde las personas tienen que mantener un reposo absoluto. En términos etiológicos y definitivos, una presión o roce excesivo e incesante sobre la piel ocasiona las úlceras

por presión y necrosis tisular. Tiene un campo clínico de afectación bastante amplio, desde la pérdida superficial de la piel hasta la desintegración del tejido adiposo, articulaciones, músculo, hueso y logra llevar al enfermo a la muerte. Aunque, asimismo, entran en juego otros elementos de riesgo, el más importante es la presión excesiva que conserva el cuerpo y que no se alivia con cambios posturales, lo ideal sería un cambio postural cada dos horas para aliviar la presión, colchones antiescaras, vendajes, desbridación y cuidados hidratantes de la piel.

2 Objetivos

- Analizar las diferentes fases por las que pasan las úlceras por presión.
- Ver los tipos de tratamientos que nos ayudarán a prevenir o a curar estas úlceras por presión.

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 así mismo, 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 primer estadio o fase se ocasiona el eritema en la piel que persiste intacta, pero es la lesión que nos avisa de la úlcera, el enfermo siente calor, edema e insensibilidad. El segundo estadio o fase se da con el comienzo de la pérdida del grosor de la piel alcanzando afectar a la dermis, es superficial con un aspecto de quemadura o agujero. En el tercer estadio o fase ya se ha perdido el grosor de la piel, hay necrosis subcutáneamente del tejido y se logra extender hacia dentro, ya se nota un agujero considerable por debajo del tejido. En el último estadio o fase se puede llegar a la lesión al hueso y acabar con él perforando a vasos sanguíneos y músculos.

Los mecanismos por los que se ocasionan las úlceras por presión logran ser debidos a diversos elementos: - Extrínsecos: son las fuerzas mecánicas de presión sobre el tejido blando y al mismo tiempo fricción sobre la piel, causará la deformación del tejido, el bloqueo de los vasos y un daño que lesiona y perfora la piel y

los músculos. - Intrínsecos; fibrosis o isquemias locales, la edad del enfermo, o la incontinencia urinaria y fecal y la enfermedad de los vasos pequeños. Hay distintos elementos de riesgo como enfermos hospitalizados, trastornos neurológicos o enfermos mayores.

El tratamiento de este tipo de lesiones se fracciona en dos principales:

- Conservador o quirúrgico y medidas de nutrición: hay que evitar la presión y limpiar la herida y restaurar el estado nutricional del enfermo con un alto contenido en proteínas, calorías y vitaminas, hay que controlar la anemia, aliviar la presión con apósitos de espesor de unos 6 cm recubierto con otro apósito más ligero, elástico y aireado para que circule el aire, una segunda piel o gel de silicona a modo de cojín, utilización de colchón anti escaras y realizar los cambios posturales. El tratamiento local o conservador se establecerá en poseer el área limpia de sustancias y medicamentos con un desbridamiento enzimático a bases cremas y la aplicación de nuevos medicamentos que renueven celularmente y promuevan la epitelización.
- Tratamiento quirúrgico se valora siempre y cuando el enfermo este en unas buenas condiciones para la cirugía y la lesión, no tenga tejido necrótico y que al mismo tiempo sé de qué el tejido de granulación se encuentre sano y haya signo del borde de cicatrización en la úlcera.

5 Discusión-Conclusión

Sin duda, y a lo largo del tiempo, la experiencia en las asistencias y los estudios se ha demostrado y se llega a la conclusión que elegir un tipo de tratamiento u otro va a variar y asimismo, en gran medida se debe poseer en cuenta del lugar de localización de la úlcera, de la educación, motivación y del estado del enfermo. Hay que estudiar siempre distintas opciones de tratamiento que depende del tipo de úlcera como de su localización, clasificándolas en cierre directo, injertos cutáneos, colgajos cutáneos, musculares, musculocutáneos, perforantes, y la expansión tisular. Se logra complicar estas cirugías plásticas con los hematomas comunes, necrosis del colgajo, infección, dehiscencia o recurrencia de la herida, incidiendo siempre que la higiene y los cambios posturales son fundamentales para la prevención, tratamiento y curación de estas lesiones.

6 Bibliografía

1. Hernández Ortiz Juan Ángel. Prevención y cuidados en úlceras por presión: ¿Dónde estamos?. Gerokomos [Internet]. 2009 Sep [citado 2022 Jul 08] ; 20(3):

- 132-140. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000300007&lng=es.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
 3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
 4. <https://www.scielo.org/es>.

Capítulo 217

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO COMO TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

BELEN TORRESANO MOTA

SARA RIVERO CARMONA

DIANA GARCÍA DE LOS REYES

VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ

ISABEL CASTILLO PASCUAL

1 Introducción

En el ámbito sanitario el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tiene un rol muy importante a la hora de comunicarse con los pacientes, es la persona que más tiempo va a pasar con las personas mientras que estén ingresadas en el hospital por eso la comunicación es muy importante para así poder elaborar un trabajo mucho mejor.

Es un proceso mediante el cual se transmiten informaciones, sentimientos, pensamientos y cualquier otra cosa que pueda ser transmitida, la comunicación se lleva a cabo durante un lapso de tiempo.

Además de la necesidad de un mínimo de tiempo suficiente para que ella pueda llevarse a cabo, debe producirse la intervención de varios elementos; emisor, mensaje, receptor y el código. La comunicación se dice que pasa por unas etapas ya sean más cortas o más largas.

Hay canales comunicativos que disponemos de ellos para relacionarnos entre nosotros y percibir el entorno.

Es el medio que tenemos para transmitir y recibir mensajes siendo el modo por el que mantendremos el contacto entre nosotros, los seres humanos nos comunicamos a través de las palabras (canal auditivo), los movimientos (canal visual), el contacto físico (canal táctil), los olores (canal olfativo), y los sabores (canal gustativo).

Las relaciones interpersonales son asociaciones entre dos o más personas, pueden basarse en emociones y sentimientos. Las relaciones humanas se dan entre diferentes grupos sociales, ya sean familiares, amigos, personal sanitario a paciente... Por eso un individuo puede establecer una relación firme con un grupo de varios individuos no particularmente emparentados en sí. Es importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tenga buena comunicación con el paciente y sus familiares a la hora de explicarle las cosas.

2 Objetivos

Saber comunicarse en el ámbito hospitalario para crear un ambiente agradable para el paciente y obtener beneficios a la hora de trabajar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Una de las funciones primordiales en el ámbito sanitario, es la buena comunicación entre el equipo, pacientes, etc. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es la persona que más tiempo pasará con el paciente por eso tendrá que

tener las habilidades suficientes para hacerlo.

La comunicación humana se puede dividir en dos tipos de lenguajes que actúan, de modo simultáneo:

- El lenguaje verbal: lo que decimos con palabras.
- El lenguaje no verbal se divide en: lenguaje no verbal (lo que decimos con gestos de la cara y del cuerpo, así como con nuestra imagen) y el lenguaje paraverbal: lo que decimos con la calidad y la cualidad de la voz).

Para el funcionamiento de la comunicación tendrá que haber:

- Emisor: el que emite o produce el mensaje.
- Mensaje: Noticia o comunicación que el emisor envía a otra o pone en su conocimiento. (Hola, buenos días, espero que haya dormido bien, tome, aquí tiene el desayuno).
- Canal: es el medio físico a través del cual se lleva a cabo la comunicación, que sirve para el intercambio de información entre un emisor y uno o varios receptores. (Por medio de la comunicación verbal).
- Receptor: es el que capta la información que le da el emisor. (el paciente, que está recibiendo la información que le está dando el TCAE).

También habrá técnicas de comunicación corporal:

- Expresión facial: la cara es la parte del cuerpo más expresiva, por eso hay que interpretar las caras que puedan llegar a poner los pacientes, por si les está doliendo la técnica que le estemos haciendo etc...
- Movimientos de manos, posturas y marcha: se relaciona con el estilo de cada cual y también con la energía de cada uno.
- Contacto físico: permite un acercamiento muy importante con el paciente, facilita la transmisión de apoyo, cercanía, seguridad... todo eso hace que se mejore la relación del personal sanitario y paciente.
- Vestimenta y aspecto: son también elementos de la comunicación no verbal muy importantes, porque delatan rasgos de la personalidad de cada cual.

Habrà que destacar por último las actitudes fundamentales en el proceso de la comunicación, para llevar a cabo la relación terapéutica es necesario que el TCAE posea unas actitudes para poder conectar con el paciente porque si no, supondría el fracaso de la relación.

El técnico en cuidados de enfermería deberá de tener:

- Autenticidad: esta actitud capacita y posibilita al profesional a transmitir mensajes auténticos y verdaderos.
- Respeto cálido: el TCAE tendrá que mostrar el reconocimiento y respeto que merece cada paciente.
- Compresión empática: tendrán que captar el mundo interior del otro, proceso

a través del cual la persona es capaz de manera imaginaria de ponerse en el rol y la situación de la otra, con el fin de comprender sus sentimientos, actitudes...

- Inmediatez: el paciente reconocerá en el profesional sanitario, si está viviendo o no su situación a través de la preocupación, atención, y comprensión que el TCAE sea capaz de mostrar.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE tendrá que ser atento, empático, respetuoso y que tenga autenticidad a la hora de comunicarse con el paciente para que no se sientan agobiados, y puedan llegar a estar mal a gusto mientras que dure su estancia en el hospital. Destacar también que tienen que conocer un poco al paciente para saber si en algún momento le molesta, le duele o algo le ha parecido mal, siempre hay que tener buena comunicación.

Saber que principalmente el apoyo son los familiares, que le ayudan de una forma reguladora, al estar ingresado, cogerán mayoritariamente los TCAE ese rol, por eso a la hora de la ducha, comidas, cenas, aseos, cambios posturales, etc. tendrá que mantener una comunicación buena, ser empático y sobre todo saber si le está ocurriendo algo para así poder ayudarlo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 218

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE UN HOSPITAL

BELEN TORRESANO MOTA

SARA RIVERO CARMONA

DIANA GARCÍA DE LOS REYES

VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ

ISABEL CASTILLO PASCUAL

1 Introducción

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) son profesionales de vital importancia en el funcionamiento de un hospital. Su labor es fundamental en la atención y cuidado de los pacientes, ya que son el punto de unión entre los enfermos y el personal sanitario. Las funciones del TCAE en los diferentes servicios de un hospital son variadas y fundamentales para el correcto funcionamiento del centro sanitario. La tarea que realiza es esencial en la interacción con el paciente y su compromiso y dedicación son importantes para garantizar la calidad de la atención sanitaria.

Los TCAE, siempre bajo la supervisión de los enfermeros, tienen como responsabilidad brindar atención básica de salud a los pacientes. Los técnicos auxiliares

de enfermería pueden desempeñarse en hospitales y en diversas comunidades, incluso en los hogares de los pacientes. Sin embargo, en el ámbito hospitalario, su función principal es la de asistir a los enfermeros en la realización de procedimientos básicos, la administración de medicamentos, la limpieza de materiales y equipos, y la asistencia en la movilización de los pacientes. En resumen, estos profesionales de salud, son esenciales para garantizar una buena atención de calidad y brindar apoyo en el cuidado de pacientes, tanto en atención especializada y como en atención primaria.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes tareas que debe llevar a cabo un TCAE en diferentes áreas de un hospital dentro de la atención especializada.
- Citar las funciones que no deben realizar los TCAE.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los TCAE trabajan en diferentes servicios de un hospital, como la unidad de cuidados intensivos, la unidad de hospitalización, la unidad de urgencias, el quirófano, el servicio de esterilización, entre otros servicios especializados.

En la unidad de cuidados intensivos, los TCAE tienen la función de asistir a los enfermos en su higiene, aseo personal y colaborar en el control de las constantes vitales. Además, son responsables de la limpieza y desinfección de los equipos y materiales utilizados en la unidad.

En el quirófano, los TCAE deben colaborar en la preparación de la sala de operaciones antes y después de cada intervención quirúrgica, la recogida y limpieza del material usado en la intervención. También ayudar al personal sanitario en la movilización del paciente después de la cirugía.

En el servicio de esterilización, sus funciones serán, de limpieza y desinfección de los materiales y equipos utilizados en el hospital, clasificar el material médico según el tipo de esterilización que requiere, realizar el control de calidad de los materiales esterilizados, verificando que se hayan cumplido los parámetros establecidos para garantizar la seguridad y eficacia del proceso y evitar la transmisión de infecciones.

Los TCAE en los servicios de enfermería y hospitalización en atención especializada tienen una serie de funciones que pueden incluir:

Asistir a los pacientes en su higiene personal, ayudar en la movilización de los pacientes, especialmente aquellos que tienen dificultades para moverse. Suministrar medicación oral, tópica o rectal, siempre bajo la indicación de un enfermero o médico. Tomar y registrar los signos vitales del paciente, como la temperatura, el pulso, la presión arterial y la frecuencia respiratoria. Colaborar con el resto del equipo de enfermería en la organización y distribución de los materiales y suministros necesarios. Realizar tareas de limpieza y desinfección de las habitaciones, camas y materiales utilizados en la unidad del paciente así como hacer las camas de los enfermos. Colaborar en la movilización y traslado de los pacientes a otros servicios, como el quirófano o las unidades de cuidados intensivos.

En el servicio de farmacia el TCAE colaborará con el auxiliar de farmacia o enfermeros en la preparación de los medicamentos siguiendo las normas de seguridad y los protocolos establecidos. Realizar tareas de recepción, almacenamiento y control de stock y otros suministros médicos. Realizar tareas de limpieza y desinfección de las áreas de trabajo, materiales y equipos utilizados. Colaborar en la preparación de informes y registros relacionados con la administración de medicamentos y otros aspectos del cuidado de los pacientes.

Existen ciertas funciones que los TCAE no deben realizar, ya que están fuera de su ámbito de competencia y pueden poner en riesgo la salud y seguridad de los pacientes. Algunas de estas funciones son:

- Diagnóstico de enfermedades o condiciones médicas: los TCAE no tienen la formación ni la autoridad para diagnosticar enfermedades o condiciones médicas ni tampoco para interpretar los resultados de pruebas diagnósticas, como análisis de sangre o radiografías. Esta es una tarea que debe ser llevada a cabo por un médico o un especialista en salud.
- La prescripción de medicamentos solo puede ser realizada por un médico u otro profesional de la salud con la autoridad para hacerlo.
- Realización de procedimientos invasivos como la inserción de catéteres o la realización de pruebas invasivas o la administración de medicación parenteral.
- Aplicar tratamientos curativos que no sean de carácter medicamentoso.

- Asistir al personal médico durante una intervención quirúrgica.

En general, realizar tareas que corresponden al Personal Auxiliar Sanitario Titulado, siempre y cuando no vayan en contra de lo establecido en su Estatuto.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, los TCAE tienen un papel importante en la atención y cuidado de los pacientes, pero hay ciertas funciones que están fuera de su ámbito de competencia y que deben ser llevadas a cabo por profesionales de la salud con la formación y autoridad necesarias para hacerlo. Es importante que los TCAE trabajen en equipo con otros profesionales de la salud para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes.

Los TCAE son responsables de brindar asistencia física y psicológica a personas heridas, enfermas y hospitalizadas. Se enfocan en proporcionar cuidados de enfermería que requieren habilidades y conocimientos menos complejos, pero que aún requieren competencia en técnicas específicas. Se consideran parte de las profesiones de atención directa e integral debido a su papel en el cuidado de pacientes que necesitan atención a corto, medio y largo plazo.

6 Bibliografía

1. Indeed.com. Disponible en: <https://es.indeed.com/orientacion-laboral/buscar-trabajo/funciones-tcae-planta-hospitalaria>.
2. ¿Qué es un TCAE y cuáles son sus funciones principales? [Internet]. Escuela Origen. Escuela Origen International Education;. Disponible en: <https://escuelaorigen.com/que-es-un-tcae-y-cuales-son-sus-funciones-principales/>.
3. Valdespina C. Cuáles son las principales funciones de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) [Internet]. El blog de Salusplay.. Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/funcionestecnico-auxiliar-cuidados-enfermeria/>.
4. de Enfermería Ocronos RM y. Las funciones del TCAE en el cuidado del enfermo en planta. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet].; Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-tcaecuidado-enfermo-planta/>.
5. Funciones del auxiliar de enfermería en hospital [Internet]. CFI Reina Isabel. Centro de Formación Internacional Reina Isabel; . Disponible en: <https://www.cfireinaisabel.com/noticias/funciones-delauxiliar-de-enfermeria-en-planta-hospitalaria>.

Capítulo 219

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE UN HOSPITAL

MARÍA ISABEL RUEDAS MOTA

MIRIAM ORTIZ ORTIZ

1 Introducción

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, también conocidos como TCAE, desempeñan una variedad de funciones en distintos campos y entornos médicos, que pueden abarcar desde la atención primaria, consultas externas o especialistas. Entre ellos, se deben distinguir las unidades de rehabilitación.

Centrándonos en la rehabilitación, podemos decir que esta se define en ciencias de la salud como el conjunto de actividades sociales, educativas y laborales que se llevan a cabo para mejorar, cuanto sea posible, la capacidad e independencia de las personas con discapacidad.

Para poder realizar las actividades mencionadas anteriormente, se necesitará la ayuda de múltiples profesionales de la salud, entre los que predominarán los fisioterapeutas y los auxiliares de enfermería. Será en estos últimos en los que centraremos nuestra atención, haciendo hincapié en el trabajo que desempeñan en el ámbito de la rehabilitación. Entre las actividades que el TCAE puede realizar encontramos la ayuda que estos prestan a la hora de la colocación del paciente para su posterior tratamiento, vestir y desvestir a los pacientes cuando sea necesario o el aseo y la limpieza de los mismos.

Sin embargo, el auxiliar puede llevar a cabo muchas otras actividades o funciones que se desarrollarán a lo largo de todo este capítulo.

2 Objetivos

- Exponer la importancia y funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería en la unidad de rehabilitación de 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 han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como se ha comentado anteriormente, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la rehabilitación se puede definir como una gran variedad de actividades que contribuyen a la prevención de problemas de salud ocasionados por accidentes o enfermedades. Dentro de la rehabilitación, encontramos diferentes tipos, como son la rehabilitación ortopédica, la deportiva, la pediátrica, la neurológica, etc.

Además, es necesario saber que la rehabilitación implica, de manera general, la recuperación parcial o completa de ciertas enfermedades y lesiones.

Dependiendo de la evolución del paciente, esta rehabilitación puede llevarse a cabo en distintos sitios. Es decir, se puede realizar en la habitación en la que se encuentre ingresado el paciente, en un lugar concreto tras la cirugía, contando con los medios necesarios, en un centro privado o en el domicilio propio del paciente.

Además de contar con el material que se requiere, también es necesario contar con la ayuda del personal médico para una recuperación más fácil y temprana. Entre los especialistas que pueden realizar esta tarea se encuentran fisioterapeutas y TCAE.

A los TCAE se les asignan distintas funciones dentro del ámbito de la rehabilitación. En primer lugar, ayudar a colocar en una correcta posición al paciente

para facilitar su tratamiento.

También, el TCAE se encarga de situar a los pacientes en las distintas áreas del centro de rehabilitación. En caso de que sea necesario, estos deben facilitar al paciente que no pueda valerse por sí mismo la acción de vestirse y desvestirse, así como su aseo e higiene. Otros, se pueden encargar de higienizar y organizar los instrumentos que hayan sido utilizados por el especialista.

Además, recogen y reponen la ropa que ha sido utilizada por los pacientes en la sala. En último lugar, el TCAE prestará la ayuda necesaria cuando el fisioterapeuta lo requiera.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE que llevan a cabo la labor de rehabilitar deben estar cualificados en la materia, ya que pueden encargarse de realizar funciones ordenadas por el especialista. Además de desarrollar cargos sanitarios, también se ocupan de labores administrativas, como son la gestión de citas, trato con los pacientes mediante vía telefónica, etc.

También hay que señalar que, como el centro de rehabilitación cuenta con varias salas para tratar los diferentes tipos de rehabilitación según la enfermedad que tenga el paciente, los auxiliares de enfermería llevan a cabo el acondicionamiento adecuado de dichas áreas para que el especialista pueda tratar de manera correcta al paciente.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-rehabilitacion/#Introduccion>.
2. <https://blog.opositatest.com/que-hace-un-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria>.

Capítulo 220

FORMACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

CATALINA ALMENDROS MESIAS

EVA MARIA ALARCON AVELLANO

MARTA QUIRÓS CAÑAS

1 Introducción

El embarazo es el periodo en el que el feto se desarrolla, produciéndose numerosos cambios en el cuerpo de la gestante. Tiene una duración de alrededor de 40 semanas, periodo en el que se debe llevar un seguimiento para asegurar que no hay alteraciones o patologías y evitar las posibles complicaciones. Dichas complicaciones pueden interferir en la salud de la madre o en la salud del feto, incluso en la de ambos. Las complicaciones pueden aparecer debido a una enfermedad que existía de forma anterior, que empeore a causa de la gestación o que aparezca debido al nuevo estado de la paciente. Según la complicación que ocurra, su gravedad o el grado de afectación de la paciente o del feto, se determinará un pronóstico. La importancia de los cuidados prenatales también radica en el diagnóstico precoz. Si se reciben el control y los cuidados prenatales adecuados, el embarazo tendrá un mayor número de posibilidades de transcurrir con normalidad. Existen diferentes síntomas que pueden indicar que existe alguna patología y deben ser conocidos.

En los cuidados prenatales intervienen distintos profesionales de la salud, incluyendo al Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Por ello es importante que posea los conocimientos necesarios para ofrecer al paciente los cuidados óptimos.

2 Objetivos

- Exponer las principales complicaciones que pueden producirse durante el embarazo.
- Introducir la perspectiva del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la prevención de las complicaciones del embarazo.

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

Hay numerosas complicaciones que pueden ocurrir en el periodo de gestación. Entre ellas tenemos algunas más destacadas o comunes:

- Subida de la presión arterial: el riesgo de que haya un incremento en la tensión arterial es que se dificulte el paso de sangre a la placenta, lo que disminuye el oxígeno y nutrientes que le llegan al feto. Esta reducción a su vez causará una disminución del crecimiento del feto, aumentando también el riesgo de parto prematuro y el riesgo de preeclampsia. Para prevenir esto se realizará un control de la presión, utilizando tratamiento farmacológico si es necesario. Puede producirse también hipertensión gestacional a partir de las 20 semanas.
- Diabetes gestacional: debido a los cambios hormonales durante la gestación es posible que se reduzca la producción de insulina, provocando que la glucosa se acumule y haya altos niveles en sangre. La paciente recibirá un tratamiento para controlarla, evitando que se produzca preeclampsia o aumente el riesgo de cesárea por aumentar el tamaño del feto.

- Infección: las infecciones de transmisión sexual pueden provocar abortos espontáneos, embarazos ectópicos, partos prematuros, bajo peso al nacer, y otras complicaciones. Es importante realizar pruebas para detectar las infecciones y tratarlas.
- Preeclampsia: es un trastorno que se define por hipertensión que disminuye el flujo de sangre al feto. Es importante el control de la nutrición, la tensión y el ejercicio.
- Parto prematuro: se debe evitar que el parto se produzca antes de las 37 semanas para favorecer que los órganos del feto terminen de desarrollarse.
- Depresión y ansiedad: se debe controlar la salud mental de la gestante.
- Aborto espontáneo: ocurre durante las primeras 19 semanas del embarazo.
- Mortinatalidad: cuando se pierde la gestación después de la semana 20.
- Anemia debida a una carencia de hierro

5 Discusión-Conclusión

La gestación es un proceso que implica diversos cambios en el funcionamiento del organismo y que por lo tanto puede provocar diversas complicaciones. Estas complicaciones pueden ser prevenidas y tratadas si se realiza un correcto seguimiento y control de la gestante, del feto y su estado de salud, teniendo en cuenta la salud física y la psicológica. Por ello la participación de los diferentes profesionales sanitarios, en concreto la del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, y la formación de estos en el ámbito de la gestación supone un factor crucial en la atención al embarazo. El o la Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería contribuye al control del embarazo realizando diversas funciones como la toma de la tensión y el control de la glucemia, entre otras.

6 Bibliografía

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Preeclampsia and high blood pressure during pregnancy. FAQ034. Consultado el 20 de agosto de 2023 en <http://www.acog.org/Patients/FAQs/Preeclampsia-and-High-Blood-Pressure-During-Pregnancy>.
2. Kattah, A. G., & Garovic, V. D. (2013). The management of hypertension in pregnancy. *Advances in chronic kidney disease*, 20(3), 229–239. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2013.01.014>.

3. McNestry, C., Killeen, S. L., Crowley, R. K., & McAuliffe, F. M. (2023). Pregnancy complications and later life women's health. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 102(5), 523–531. <https://doi.org/10.1111/aogs.14523>.

Capítulo 221

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

MERCY DEL ROCIO CHAVEZ ROMERO

M^a NIEVES CUTANDA GARCIA

NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA

FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ

YOLANDA SANTAELLA DIAZ

1 Introducción

En el Servicio de Farmacia Hospitalaria se desarrollan funciones muy variadas desde la adquisición de los medicamentos, elaboración de medicamentos, zona de Atención Farmacéutica para el paciente hospitalizado y el paciente externo. El objetivo es que el paciente correcto tome la medicación correcta, con la dosis y el horario correcto.

Este servicio se encarga de seleccionar los medicamentos que se distribuyen a todo el hospital. El objetivo es que se obtengan los mejores medicamentos al precio más bajo.

En el caso del paciente externo se atiende directamente desde el Servicio de Farmacia, sin embargo, con el paciente hospitalizado, actúa como intermediario, colaborando con el médico y la enfermera para que no haya errores de medicación. Normalmente los pacientes externos, son pacientes derivados de otros servicios que no necesitan hospitalización pero que deben llevar un tratamiento, por ejemplo pacientes oncológicos, procesos de fertilidad, etcétera.

En algunos hospitales, el Servicio de Farmacia tiene servicio a domicilio para los pacientes que no pueden desplazarse, pacientes de edad avanzada, pacientes de movilidad reducida, etcétera.

En este servicio también se preparan la medicación para los pacientes del hospital de día, como pueden ser los pacientes que padecen cáncer y tienen que ir al hospital a recibir la quimioterapia, sin necesidad de quedar hospitalizados.

Como hemos podido ver hasta ahora el Servicio de Farmacia Hospitalaria, es un servicio exclusivo en el que se prepara la medicación asegurando que cada paciente pueda recibir su tratamiento, ya que de otra forma, muchos de ellos no la podrían obtener, ya que a la industria farmacéutica no le interesa económicamente distribuir ciertos medicamentos.

2 Objetivos

En el desarrollo de este capítulo vamos a ver el funcionamiento del Servicio de Farmacia en el hospital y las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el mismo.

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 auxiliar en cuidados de enfermería en el servicio de farmacia se encarga de dispensar la medicación al resto del hospital.

La hoja para la organización de la medicación se llama Kardex, con ella los TCAE tienen la referencia de la medicación que preparar y el destino de la misma, pueden ser los carros de todo el hospital, nevera, o servicios exteriores como centros de salud.

En primer lugar se preparan los carros para distribuirlos por el hospital, o cualquier servicio, planta o unidad, que pida a un medicamento en un momento determinado.

El TCAE haría de intermediario entre los médicos enfermeros de las plantas o unidades y el servicio de farmacia y los farmacéuticos. El TCAE haría llegar la orden a la farmacéutica del medicamento que se necesita, según petición del médico o enfermera, la farmacéutica la autorizaría.

El Técnico en Cuidados de Enfermería también es el encargado de preparar los pedidos para la distribución de la residencias de ancianos, residencias de cuidados especiales, los centros de salud.

Este tipo de pedidos se prepararían en cajas correspondientemente identificadas que luego recogería los celadores y serían los encargados de distribuir en los carros y hacérselo llegar a los camiones o repartidores de los servicios mencionados. El técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de farmacia es una figura muy importante en cuanto a la comunicación entre las plantas, unidades o servicios de todo el hospital y la farmacia.

Ya que está en constante contacto directo con todos los servicios, es muy importante para que no haya errores a la hora de preparar la medicación y distribuirla. Por ello debe conocer muy bien los procedimientos y los protocolos establecidos en estos servicios, el manejo del ordenador y los programas que le ayudarán a llevarlos a cabo correctamente.

Una vez que se preparan los carros con las cajas de medicamentos debe asegurarse de que todo está muy bien identificado.

5 Discusión-Conclusión

El Servicio de Farmacia Hospitalaria tiene como fin hacer llegar medicamentos a los pacientes que quizá de otra forma no se podría obtener. Por ello, es un servicio crucial tanto para el hospital, centro de salud, residencia de ancianos, residencias de cuidados especiales, etc., y todos aquellos pacientes que requieran de un tratamiento como pueden ser quimioterapias, procesos de fecundación... Como hemos visto hasta ahora las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería de servicio de farmacia son las de preparar los medicamentos para

hacerlo llegar a su receptor, en cajas, blíster Y supervisar que todo esté correcto para su distribución.

6 Bibliografía

1. <https://www.areasaludcaceres.es/organigrama/servicios/12-servicios-medicos/213-servicio-de-farmacia-hospitalaria.html>.

Capítulo 222

ACTUALIZACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITALIZACIÓN ANTE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

ANA MARÍA REOLID EGIDO

GEMA BOTELLA ANDÚJAR

VERÓNICA MORENO ESCRIBANO

1 Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una situación crítica que requiere una respuesta inmediata y coordinada por parte del equipo multidisciplinario de salud. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental para colaborar activamente con otros profesionales de la salud en la atención y cuidado del paciente en situación de parada cardiorrespiratoria. La actuación del TCAE en estas situaciones requiere conocimiento y habilidades y destrezas específicas, con el objetivo de proporcionar un soporte efectivo a los profesionales médicos y de enfermería.

Es importante que las Comisiones Clínicas de cada área se preocupen por la realización de estas recomendaciones, garantizar la comunicación de manera cor-

recta de todas las actuaciones que se deben de llevar a cabo para la resolución del problema de manera satisfactoria.

El seguimiento de los protocolos y procedimientos de actuación es de vital importancia para todo el equipo multidisciplinar, ya que deben de estar coordinados a la perfección para actuar de manera eficaz y así contribuir a ofrecer una atención temprana y de calidad cuando se produce una parada cardiorrespiratoria en cualquier sector.

Sin una labor en común en la que todos los participantes en el proceso demuestren sus conocimientos no es posible alcanzar criterios de calidad que respondan de manera adecuada a las necesidades que muestren cada uno de los pacientes.

Palabras clave: Parada cardiorrespiratoria, equipo multidisciplinar, TCAE, carro de paradas.

2 Objetivos

Conocer el papel del TCAE ante una PCR.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El TCAE junto con el resto del equipo interdisciplinar debe reconocer y proceder siguiendo un protocolo acordado por el hospital que deben identificar todo el equipo de profesionales, ya que la actuación de cada uno es de suma importancia. Mantener formado a todo el equipo conducirá a una temprana actuación y con ello un óptimo resultado.

Como resultado del análisis de la situación de PCR en el Sistema Murciano de Salud (SMS) se exponen unos puntos de actuación:

Prevención de la parada cardiorrespiratoria, respuesta a la PCR en el círculo sanitario, registro y evaluación de la calidad del paciente, reanimación cardiopulmonar y formación e investigación de todo el equipo multidisciplinar.

Los resultados dependen de los factores asociados a cada paciente y al sistema organizativo de la respuesta, por lo que es complicado hacer comparaciones entre centros.

Se analiza la mortalidad y la situación general y cerebral cuando se le da al paciente el alta hospitalaria, a los seis meses y al año.

La edad media fue de 68 años y un 54% fueron varones. El 35% fue por fibrilación ventricular y pasaron alrededor de dos minutos hasta la desfibrilación.

Cuando la obstrucción de la vía aérea es total, el paciente se pone de pie, en ocasiones en un amago de pedir ayuda y se pone las manos en el cuello, no puede ni toser, ni hablar y no puede respirar, su semblante es rojo con los ojos saltones, como si estuviese sufriendo una estrangulación.

El daño cerebral es probable si la parada cardiorrespiratoria dura mas de cinco minutos sin la actuación de los primeros auxilios de reanimación.

Actualmente en nuestro país no hay resultado alguno de ningún dato oficial sobre los resultados de las paradas cardiorrespiratorias.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes en parada cardiorrespiratoria necesitan de una rápida actuación ordenada por todo el equipo interdisciplinar, por ello que el TCAE debe de estar totalmente comprometido y formado. La participación de todo el equipo nos llevará a minimizar las posibles secuelas que pueda acarrear el paciente.

Hay una alta tasa de supervivencia hospitalaria de la parada cardiorrespiratoria en función del origen cardiológico, en fibrilación ventricular y con tiempos de respuesta cortos, con los pacientes en buena situación general de su estado y cerebral al año del seguimiento en consulta.

6 Bibliografía

1. De salud SM.PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA PARADA CARDIO-RESPIRATORIA EN ADULTOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO 2014 verano. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/c6032233-3266-4865-a36d-234b4d0adbe0/349702fc-eb04-4c82-8d68-fe273863e0e9/f62984c0-d3ec-4792-92bd-a41a8e99b6bf/g62984c0-d3ec-4792-92bd-a41fa8e9b6bf.pdf>

RCP-Sociedad Española de Cardiología [Internet].Secardiologia.es.2017 [citado el 11 de junio de 2022]. Disponible en : <https://secardiologia.es/etiquetas/rcp>.

2. TheOMS. Soporte vital básico ¿ Qué debe saber un Auxiliar de enfermería? [Internet] . Centro de Estudios Santa Gema. 2017 [citado el 11 de junio de 2022]. Disponible en : <https://www.fp-santagema.es/soporte-vital-basico-saber-auxiliar-enfermeria/>.

Capítulo 223

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN CÓDIGO ICTUS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ANA MARÍA REOLID EGIDO

GEMA BOTELLA ANDÚJAR

VERÓNICA MORENO ESCRIBANO

1 Introducción

El servicio de Urgencias es un área primordial en la atención médica, donde se reciben pacientes con diferentes patologías, incluyendo aquellos que presentan un código ictus. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel esencial en la atención de estos pacientes, colaborando estrechamente con el personal médico y de enfermería.

Se llama código ictus al procedimiento de actuación que se basa en el reconocimiento temprano de los síntomas de un ictus con el objetivo primordial de trasladar al paciente con la mayor brevedad posible al centro hospitalario más cercano del que pueda obtener una serie de actuaciones y de cuidados que estén especializados en una unidad de ictus.

Se activará el código ictus si hay una evidencia de síntomas focales agudos neurológicos, un intervalo menor a 3 horas desde el comienzo de los síntomas y

que el paciente sea independiente de dieciocho a ochenta años y sin enfermedad grave previa.

Nos podemos anticipar a un ictus si se percibe una pérdida de sensibilidad en mitad del cuerpo, como por ejemplo, un brazo o en una zona concreta del rostro. Pérdida de fuerza en mitad del cuerpo o una alteración de la capacidad de hablar y comprender.

Una cefalea muy intensa también nos puede llevar, en algunos casos, a un ictus hemorrágico.

2 Objetivos

- Comprender el concepto de código ictus y su importancia en la atención de Urgencias.
- Conocer las funciones y responsabilidades del TCAE en el manejo de un código ictus.
- Identificar las actividades que el TCAE puede realizar para brindar una atención adecuada al paciente.
- Destacar la importancia de la formación continua y actualización del TCAE en relación en el manejo de los códigos ictus.

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 juegan un papel esencial en el manejo de un código ictus . Sus funciones pueden incluir, entre otras, las siguientes:

- Colaborar en el triaje y registro del paciente con código ictus.
- Asistir en la toma de constantes vitales, incluyendo la medición de la presión arterial y la frecuencia cardíaca.
- Preparar y asistir en la realización de técnicas complementarias como la administración de oxígeno o la obtención de muestras sanguíneas.

- Ayudar en la movilización segura del paciente, siguiendo las indicaciones del personal de enfermería.
- Colaborar en la realización de maniobras del soporte vital básico, como las compresiones torácicas o la ayuda de colocación de vías de acceso venoso periférico, retirada de prótesis dentales si fuera necesario, avisar al laboratorio de la necesidad de disponer de las pruebas en la mayor brevedad posible, apoyar al equipo de enfermería en la realización correcta del protocolo y localizar al familiar o familiares, ubicarlos en la sala y avisar, para facilitar el consentimiento informado en caso necesario.

Los pacientes con ictus pueden llegar a urgencias desde su centro de atención primaria, desde su centro coordinador de urgencias o bien por sus familiares. Desde el triaje del hospital se pondrá en marcha las medidas necesarias que permitan la ubicación adecuada del paciente, completar el diagnóstico si es que fuera necesario, garantizar la estabilidad clínico dinámica del paciente y una valoración y toma de decisiones en relación a la terapia que recibirá.

Los síntomas de esta enfermedad suelen aparecer de forma repentina o en unos minutos, y todavía más raro en horas.

Una actuación rápida y eficaz del equipo multidisciplinar permite reconocer los signos y sintomatología garantizando un tratamiento efectivo y de calidad.

5 Discusión-Conclusión

La participación activa y eficiente del TCAE en la atención del paciente con código ictus es fundamental para garantizar una atención de calidad y favorecer la pronta actuación del equipo médico.

La formación continuada del TCAE en relación con el manejo de los códigos ictus es esencial para poder desempeñar estas funciones de manera idónea y segura.

La activación y establecimiento de un Código Ictus ayuda a garantizar una rápida valoración del paciente que se presenta en el servicio de urgencias con un posible accidente cerebro-vascular agudo. Todo el personal de urgencias es necesario.

Ante un código ictus la identificación rápida es clave y fundamental.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guías de práctica clínica para el manejo de Código Ictus.
2. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Manual de actuación para TCAE en Urgencias.

3. Sociedad Española de neurología. Protocolo de tratamiento de ICTUS agudo.

Capítulo 224

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA

ANA MARÍA REOLID EGIDO

GEMA BOTELLA ANDÚJAR

VERÓNICA MORENO ESCRIBANO

1 Introducción

El servicio de pediatría es uno de los más demandados y desafiantes para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

En este capítulo se analizarán y explorarán las diversas funciones que desempeñan los TCAE en el ámbito de la urgencia pediátrica, resaltando la importancia de su labor en el cuidado y atención de los pacientes.

Debido a la alta tecnicidad de los cuidados pediátricos, esta unidad cada vez necesita de un personal más formado y especializado y con un perfil competente. Todos los miembros del equipo multidisciplinar necesitan de una formación continua para saber atender las necesidades que se vayan presentando según cada tipo de paciente ya que hay una alta complejidad de patologías.

Se define como niño crítico enfermo a aquel que tiene una alteración en uno o varios sistemas corporales puede poner en peligro su supervivencia en algún momento de su evolución, siendo una posibilidad la muerte que no puede pasar desapercibida.

En nuestro país, las funciones que debe desarrollar un técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede ser diferente según la comunidad autónoma, habiendo una gran diferencia entre los distintos centros hospitalarios y entornos geográficos.

En la actualidad, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería forma de manera activa parte del equipo multidisciplinar donde la triada facultativo-enfermera-TCAE es fundamental.

2 Objetivos

- Describir las funciones específicas que realiza el TCAE en el servicio de pediatría.
- Analizar la importancia de las habilidades y competencias del TCAE en el contexto de la pediatría.
- Examinar la colaboración interdisciplinaria y el trabajo en el equipo dentro del servicio.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio se realizará una revisión bibliográfica y se recopilarán datos de fuentes científicas y estudios previos relacionados con las funciones del TCAE en el servicio de pediatría.

Además se tomarán en cuenta las experiencias y perspectivas de los TCAE que trabajan actualmente en estos servicios.

4 Resultados

Los resultados obtenidos revelan que las funciones del TCAE en el servicio de pediatría incluyen, entre otras, la realización de técnicas de enfermería, apoyo en la administración de alimentos, toma de constantes vitales, colaboración en la colocación de vías venosas periféricas, preparación del material y de la sala, apoyo en la movilización y confort del paciente, atención y colaboración en la higiene del paciente, y registro y documentación de actividades.

En España, las funciones reconocidas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede ser diferente según la comunidad autónoma.

En algunas Unidades de Cuidados Intensivos la presencia del TCAE es casi imperceptible, habiendo disparidad.

Algunas unidades apenas cuentan con uno o dos TCAEs por turno , con muy pocas funciones, siendo la mayoría de ellas la higiene del paciente o dietas.

Al contrario, en otros hospitales se ha procedido desde hace unos años en darle la responsabilidad y funciones que merecen, donde hay un reconocimiento de sus competencias.

El TCAE tiene una serie de funciones que están preestablecidas , siendo una de las prioritarias la preparación de los espacios para asistir a los pacientes (BOX) para los ingresos si así fuera necesario.

La formación continuada es muy importante, por ello, el TCAE debe de estar formado para preparar técnicas no invasivas, conocimiento del material y técnica a realizar y colaborar durante la realización de las mismas.

Otro punto importante es la higiene del paciente ya que es una tarea específica del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

La nutrición es otro punto importante de estos pacientes ya que es básico que conozcan los diferentes sistemas y dispositivos de nutrición y comprobar las alergias alimentarias, identificar las distintas dietas según la patología, tener conocimiento de los cuidados básicos de la sonda nasogástrica y botón gástrico.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE en el servicio de pediatría es esencial para asegurar un cuidado integral del paciente.

Su participación activa en la realización de actividades asistenciales y técnicas permite una atención eficiente y de calidad. La colaboración y el trabajo en equipo entre los diferentes profesionales que conforman el equipo son fundamentales para brindar un servicio de calidad a los pacientes pediátricos.

Es importante facilitar el acceso a la formación continua y permitir la especialización del profesional.

Pero, lo mas importante, es el reconocimiento de los estamentos que comparten en la propia unidad y que la triada facultativo-enfermera-TCAE se viva como una y única unidad asistencial.

6 Bibliografía

1. González-Henares A, Cobo-Cuenca AL. Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Urgencias: Aportaciones y retos de futuro. Enfermería Global. 2019; 18(3): 207-224.

2. Rosello-Urgell J, Asensio-Juan M, Morales-Asensio JM, Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el ámbito sanitario: Revisión sistemática actualizada.

Capítulo 225

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: MEDIDA DE CANTIDAD DE ORINA EXPULSADA O DIURESIS

GEMA COELLO

ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ

JUDIT ESCUDERO RAMOS

YOLANDA ROMERO DIAZ

MARIA ELENA DE LA TORRE OSSORIO

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar fundamentalmente el protocolo de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para llevar a cabo la medida de la cantidad de orina expulsada al exterior por el paciente, además de especificar las alteraciones relacionadas con las cantidades de orina expulsadas por los pacientes, los trastornos miccionales y las alteraciones que se pueden detectar a través de los análisis de orina en laboratorio.

La medida de la diuresis es una técnica que realizar diagnósticos o afincarlos, ya que permite comprobar alteraciones como la poliuria (expulsión de orina de más

de 2.5 litros al día), oliguria (el paciente elimina una cantidad de orina comprendida entre 200 y 700 ml), anuria (el paciente elimina menos de 200 ml de orina al día), etc.

La medida de la diuresis unida a otras observaciones en la micción permite determinar trastornos miccionales como la disuria o micción dolorosa, polaquiuria o incremento en la cantidad de micciones que se deben realizar a lo largo del día, tenesmo vesical o necesidad urgente de orinar aunque ya se haya miccionado, nicturia o necesidad urgente de orinar durante el horario nocturno, retención urinaria o incapacidad de orinar, incontinencia urinaria total, de esfuerzo o nocturna.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Poner en conocimiento el protocolo de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para llevar a cabo la medida de la orina expulsada por un paciente de forma efectiva.
- Desarrollar las alteraciones que se pueden dar en la orina respecto a su composición.

Objetivo secundario:

- Destacar la importancia de la actuación del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para llevar a cabo el desarrollo de este capítulo se ha realizado un trabajo investigación usando para ello libros de texto y búsquedas en base de: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave: funciones desarrolladas por los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en las unidades de hospitalización, enfermedades relacionadas con la cantidad de orina expulsada al día, enfermedades relacionadas con los trastornos miccionales, enfermedades relacionadas con la composición de la orina y actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para llevar a cabo la medida de la orina expulsada por el paciente de forma efectiva.

Criterios de inclusión:

- Fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones desarrolladas por los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en las unidades de hospitalización, enfermedades relacionadas con la cantidad de orina expulsada al día, enfermedades

relacionadas con los trastornos miccionales, enfermedades relacionadas con la composición de la orina y actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para llevar a cabo la medida de la orina expulsada por el paciente de forma efectiva.

- Artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Cuando el facultativo quiere realizar un buen diagnóstico del paciente que presenta problemas urinarios, no solo solicita la mediada miccional a lo largo del día sino que también solicita un análisis o urocultivo para valorar las posibles alteraciones que existan en la composición de orina (así en función de estas alteraciones se habla de proteinuria cuando se detectan proteínas en la orina, se habla de glucosuria cuando se detecta glucosa en la orina, se habla de coluria cuando existe bilirrubina en la orina o se habla de bacteriuria si existen gérmenes en cantidades superiores a 100000 por ml, hematuria, etc.)

Desarrollo del protocolo de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para llevar a cabo la medición de la orina miccionada durante 24 horas por un paciente autónomo en cualquier unidad de hospitalización:

- Preparar material necesario de acuerdo al tipo de paciente (botella para la micción de 24 horas, cuña, orinal, botella).
- Informar al paciente que le han prescrito (aunque ya lo debe saber) que hay que medir la cantidad de orina que expulse durante las 24 horas y que para ello cada vez que tenga que realizar una micción debe utilizar la botella, cuña u orinal y que una vez haya realizado la micción nos debe avisar para echarla en la botella de medición.
- Cuando el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería es avisado de la micción, debe lavarse las manos y ponerse los guantes desechables antes de coger la botella, cuña u orinal, coger cuña, orinal o botella para verter la orina en la botella graduada y recoger los datos de la medición, una vez medida verter orina en wc, desinfectar botella graduada y orinal, botella o cuña, dejarlas en el lugar que corresponde al paciente para que él la pueda coger en la próxima micción.
- Quitarse los guantes, lavado higiénico de manos y anotación de la cantidad de orina miccionada en la historia de enfermería del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se constata que los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE) deben conocer el protocolo de actuación para llevar a cabo la correcta medición de la orina de 24 horas. Algo tan simple como no apuntar los datos de una micción puede ocasionar el diagnóstico de una enfermedad que no padece el paciente.

Así mismo, es esencial conocer la terminología de afecciones de la micción, las cantidades que son consideradas normales en cuanto a la micción durante 24 horas o las enfermedades relacionadas con la composición anómala de la orina, ya que todo ello permite que el TCAE sea parte integrante del equipo multiprofesional que atiende a los pacientes en las unidades de hospitalización y entender de lo que se está hablando en todo momento.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
2. Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill.
3. <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.
4. <https://revistas-portalesmedicos.com>.
5. <https://www.msdmanuals.com>.
6. <https://apuntesauxiliarenfermeria.com>.
7. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/>.
8. <https://empendium.com/manualmibe/compendio/chapter/B34.I.1.20>.

Capítulo 226

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: ALIMENTACIÓN – NUTRICIÓN DE PACIENTES ADULTOS SIN AUTONOMÍA PARA ALIMENTARSE

GEMA COELLO

ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ

JUDIT ESCUDERO RAMOS

YOLANDA ROMERO DIAZ

MARIA ELENA DE LA TORRE OSSORIO

1 Introducción

Desde la aparición del hombre en la Tierra, este ha tenido la necesidad de alimentarse, esta alimentación ha ido cambiado de unas épocas a otras (por ejemplo, en la actualidad se consumen una gran cantidad de productos procesados o ultraprocesados, a pesar de que no sea lo aconsejable). Aunque el hombre se ha alimentado desde sus inicios, no se habla de nutrición hasta el siglo XX, donde nace la nutrición como ciencia y los estudios relacionados con la alimentación y la nutrición.

En este capítulo vamos a hablar de la alimentación-nutrición de pacientes no autónomos en su alimentación, ya que una de las funciones que atribuye el Estatuto de Personal Sanitario no facultativo de la Seguridad Social a los TCAE es dar de comer a los pacientes que no pueden comer por sí solos, siempre y cuando el paciente no requiera cuidados especiales para su alimentación.

Pero, ¿por qué hablamos de alimentación-nutrición?

Hablamos de alimentación-nutrición porque, aunque son dos conceptos totalmente diferenciados, están íntimamente relacionados, es decir, que la alimentación lleva a la nutrición.

Se conoce por alimentación el proceso “voluntario” mediante el cual se produce la ingesta de alimentos, su masticación y su deglución.

Cuando se termina la alimentación es justamente cuando se inicia la nutrición.

La nutrición es el proceso mediante el cual el organismo transforma los alimentos en nutrientes, los nutrientes son utilizados por el organismo para obtener la energía necesaria para seguir realizando las funciones vitales que lo mantienen con vida.

2 Objetivos

- Desarrollar los objetivos de alimentación y, por tanto, la nutrición.
- Dar a conocer las normas de actuación para la alimentación de pacientes adultos carentes de autonomía para alimentarse durante sus hospitalizaciones por parte de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

- Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.
- Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería relacionadas con la alimentación en hospitalización, alimentación, nutrición, objetivos de la nutrición y normas de actuación para la alimentación de pacientes adultos carentes de autonomía para alimentarse durante sus hospitalizaciones por parte de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería.
- Criterios de inclusión:

- . Fuentes bibliográficas que trataban sobre: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería relacionadas con la alimentación en hospitalización, alimentación, nutrición, objetivos de la nutrición y normas de actuación para la alimentación de pacientes adultos carentes de autonomía para alimentarse durante sus hospitalizaciones por parte de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería.
- . Artículos en castellano que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

La nutrición tiene por objetivos:

- Aporte energético: para el correcto funcionamiento del sistema metabólico.
- Aporte plástico: Para construcción tisular.
- Aporte regulador: que proporciona o permite la liberación de energía.
- Aporte de reserva: que permite colaborar en el metabolismo energético cuando se realiza un esfuerzo físico.

Normas de actuación para la alimentación de pacientes adultos carentes de autonomía para alimentarse durante sus hospitalizaciones por parte de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería:

- Dejar durante el reparto de dietas la bandeja para el paciente (con la correspondiente comprobación de correspondencia de dieta prescrita para el paciente), explicarle que cuando hayamos hecho el reparto vamos a ir para ayudarle a comer.
- Antes de iniciar el dar de comer al paciente es necesario que el paciente se lave las manos. Si no puede levantarse para ello, acercarle en palangana con agua y jabón para ello.
- A continuación, el TCAE debe lavarse las manos y ponerse los guantes.
- Incorporar al paciente (si no está contraindicado) para administrarle la comida. Si tuviera contraindicada la posición, se deberá levantar la cabeza del paciente por medio de la almohada cada vez que se le va a dar una cucharada de comida o bebida para evitar atragantamientos.
- Colocar babatel o servilleta para evitar manchar al paciente durante el proceso de alimentación.
- Situar la mesa con la bandeja al paciente de forma que nos resulte lo más cómodo posible para dársela.
- Iniciar la alimentación propiamente dicha, previamente tendrá que comprobar la temperatura de esta.
- Finalizado el proceso de dar los alimentos, retirar la mesa con la bandeja y se debe propiciar la higiene bucal del paciente (proporcionándole cepillo de dientes,

pasta, enjuague bucal, ..., para que la lleve a cabo en la cama, si no puede levantarse, ayudarle nosotros a realizarla en caso de imposibilidad de hacerlo por sí mismo)

- Finalizada la higiene bucal (retirar todo el material empleado para ello).
- Acondicionar al paciente en la cama, lo que requiere la comprobación de que en la cama no quedan restos de alimentos y si se han manchado las sábanas cambiarla.
- Colocar todo el material utilizado en su sitio: palangana, toallas, bandejas de alimentos vacía, pasta de dientes, colutorio, etc., dejando el habitáculo correctamente colocado.
- Despedirnos del paciente.
- Quitarse los guantes y desecharlos.
- Lavado higiénico de manos.
- Registrar hora de alimentación, cantidad ingerida, incidentes acaecidos durante el proceso.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se constata que el conocimiento de las normas de actuación para llevar a cabo la alimentación de pacientes adultos no autónomos durante sus hospitalizaciones es imprescindible para los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería y la necesidad de fomentar la higiene bucal del paciente tras todas las comidas (para evitar otros problemas a los que ya posee). Se resalta la importancia de anotar cualquier incidencia que observemos durante el proceso de alimentación, para mejorar el proceso, como por ejemplo, un paciente que le cuesta masticar para que le prescriban una dieta de fácil masticación o el paciente que tiene dieta líquida y se atraganta para que se le prescriba el espesante.

6 Bibliografía

1. Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill.
2. <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.
3. <https://revistas-portalesmedicos.com>.
4. <https://www.msdmanuals.com>.
5. <https://apuntesauxiliarenfermeria.com>.
6. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

7. Protocolos de actuación de TCAE en plantas de hospitalización del H.G.U.C.R.

Capítulo 227

TAREAS DEL ENFERMERO EN EL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) COVID

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

MARTA MARÍN RUIZ

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

CRISTINA DONAIRE RIVERA

1 Introducción

Una Unidad de Cuidados Intensivos COVID-19 (UCI COVID) es una unidad médica especializada diseñada para proporcionar atención crítica a pacientes que han contraído el virus SARS-CoV-2 y están experimentando síntomas graves o complicaciones relacionadas con la COVID-19. Estas unidades se han vuelto fundamentales en la respuesta global a la pandemia.

En una UCI COVID, se brinda atención médica altamente especializada a pacientes que pueden presentar dificultades respiratorias severas, insuficiencia orgánica u otras complicaciones graves. El equipo de salud en una UCI COVID suele estar compuesto por médicos intensivistas, enfermeros especializados, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y otros profesionales de la salud.

Las principales características de una UCI COVID incluyen:

Monitoreo Continuo: Los pacientes son constantemente vigilados para evaluar sus signos vitales, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la saturación de oxígeno. Esto permite una respuesta rápida a cambios en su condición.

Ventilación Mecánica: Muchos pacientes en una UCI COVID requieren ventilación mecánica para ayudarles a respirar. Los ventiladores mecánicos son utilizados por personal capacitado para proporcionar un soporte respiratorio adecuado.

Equipos de Protección Personal (EPP): El personal en la UCI COVID utiliza EPP, como mascarillas N95, batas y guantes, para protegerse y prevenir la propagación del virus.

Aislamiento: Los pacientes con COVID-19 se mantienen en habitaciones individuales o áreas de aislamiento para reducir el riesgo de transmisión del virus a otros pacientes y al personal.

Tratamientos Específicos: Los pacientes pueden recibir tratamientos específicos para combatir la infección, como antivirales o terapias inmunológicas.

Apoyo Integral: Además de la atención médica, se brinda apoyo emocional a los pacientes y sus familias, ya que la hospitalización en una UCI COVID puede ser emocionalmente desafiante.

2 Objetivos

Conocer el papel del enfermero en el servicio de UCI 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

El rol de un enfermero en una UCI dedicada a pacientes con COVID-19 es de vital importancia, ya que estos pacientes suelen estar en estado crítico y requieren una atención médica especializada. Aquí se describen algunas de las funciones clave que desempeña un enfermero en la UCI COVID:

Monitorización constante: Los enfermeros en la UCI COVID están encargados de la monitorización constante de los pacientes. Esto implica verificar y registrar regularmente los signos vitales, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno. La monitorización continua permite detectar cambios en la condición del paciente de manera temprana.

Administrar tratamientos y medicamentos: Los enfermeros son responsables de administrar los tratamientos y medicamentos prescritos por los médicos. Esto incluye la administración de medicamentos antivirales, antibióticos, sedantes y otros fármacos necesarios para el manejo de los síntomas y la recuperación del paciente.

Cuidado de las vías respiratorias: En la UCI COVID, muchos pacientes requieren ventilación mecánica. Los enfermeros supervisan y ajustan los ventiladores, asegurándose de que los pacientes reciban la cantidad adecuada de oxígeno y aire. También pueden realizar procedimientos como la aspiración de las vías respiratorias para mantenerlas libres de secreciones.

Gestión de dispositivos médicos: Los enfermeros son responsables de la gestión de dispositivos médicos como catéteres intravenosos, sondas vesicales y tubos de alimentación. Esto incluye su inserción, mantenimiento y monitorización para prevenir infecciones y complicaciones.

Apoyo emocional: Los enfermeros desempeñan un papel importante en brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias. La hospitalización en la UCI COVID puede ser estresante y aterradora, y los enfermeros ofrecen información, consuelo y comunicación regular sobre el estado del paciente.

Coordinación del equipo de atención: Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con médicos, técnicos y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada. Comunican los cambios en la condición del paciente y participan en las discusiones sobre el plan de atención.

Educación y prevención: Los enfermeros también desempeñan un papel en la educación de los pacientes y sus familias sobre las medidas de prevención y el manejo de la enfermedad. Esto incluye la enseñanza de técnicas de higiene, el uso adecuado de equipos de protección personal y las pautas de autocuidado para después del alta hospitalaria.

Los enfermeros en la UCI COVID desempeñan un papel fundamental en la atención y recuperación de los pacientes, brindando cuidados intensivos, apoyo emocional y contribuyendo a la coordinación del equipo de salud en un entorno médico altamente especializado y desafiante.

5 Discusión-Conclusión

En el futuro, el estudio de las tareas del enfermero en el servicio de UCI COVID debería centrarse en varios aspectos clave para mejorar la atención y la seguridad del paciente. En primer lugar, se deben investigar y desarrollar protocolos de atención específicos para pacientes con COVID-19, incluyendo la gestión de la ventilación mecánica y la optimización de los recursos de protección personal. Además, se deberían llevar a cabo investigaciones sobre el manejo de las comorbilidades asociadas con la COVID-19, como enfermedades cardiovasculares y respiratorias, para adaptar los planes de cuidado de manera efectiva. La telemedicina y la tecnología de monitoreo remoto también merecen atención, ya que pueden mejorar la vigilancia continua de los pacientes y la comunicación entre el equipo de atención.

Por último, la capacitación en salud mental y el apoyo emocional para el personal de enfermería son fundamentales, ya que la UCI COVID puede ser emocionalmente desafiante. En resumen, el futuro estudio de las tareas del enfermero en este entorno debe abordar aspectos clínicos, tecnológicos y de bienestar emocional para mejorar la calidad de la atención en la UCI COVID.

6 Bibliografía

1. Esperón, T., & Maricela, J. (2004). Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. *Revista cubana de salud pública*, 30(4), 0-0.

Capítulo 228

LA ORGANIZACIÓN DEL QUIRÓFANO Y LAS FUNCIONES PROPIAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CATALINA ALMENDROS MESIAS

MARTA QUIRÓS CAÑAS

EVA MARIA ALARCON AVELLANO

1 Introducción

El quirófano es la sala del ámbito hospitalario destinada a la realización de intervenciones quirúrgicas. Esta sala tiene características propias tales como la asepsia, es decir, la ausencia de microorganismos que puedan provocar infecciones. Esta asepsia se consigue mediante diferentes procesos.

Además, el quirófano debe ser adaptable a las diferentes intervenciones que se puedan realizar, por lo que las máquinas que se utilicen deben poder moverse y desinfectarse. Tanto los medios materiales como los medios humanos estarán organizados de forma diferente a otras salas.

Existen también una serie de circuitos que tienen como finalidad conseguir la mayor limpieza y asepsia posibles, como diferencias de presión en el quirófano, zonas de lavado de manos y preparación, puertas diseñadas concretamente para el acceso, etcétera.

Todo este diseño y organización debe ser conocido por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, que realizará diversas funciones. Es importante la formación en la desinfección y limpieza de los quirófanos, los diferentes protocolos que se siguen y las zonas de quirófano que se distinguen.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene como funciones principales la limpieza, colocación de los diferentes materiales y reposición de estos, además de la colaboración con el personal de enfermería y el personal médico.

2 Objetivos

- Exponer las características principales de un quirófano y su organización.
- Puntualizar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el quirófano.

3 Metodología

El capítulo consiste en una revisión de artículos e información encontrada en diferentes fuentes, todas estas actualizadas y con rigor científico. Estas fuentes, tales como revistas de investigación o artículos de bases de datos como PubMed, Medline y Scielo, contienen el tema expuesto y permiten una comprensión y adquisición de conocimientos.

4 Resultados

El quirófano debe ser habilitado antes de la intervención, además de preparar al paciente. De forma posterior se limpiará y desinfectará el quirófano.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encarga de diversas funciones:

- En cuanto a la preparación del material y los aparatos utilizados, se encargará del transporte de este, además de la colocación del material que le indique el personal de enfermería.
- La identificación del paciente, junto con la comprobación del protocolo del quirófano (uso de gorro, ayuno, etcétera).
- Movilización del paciente a la mesa de quirófano y el uso del material protector necesario, colaborando con el resto del personal sanitario.
- Asistencia al equipo médico y de enfermería en la esterilización, teniendo en cuenta la asepsia y el campo estéril. Es importante conocer la técnica estéril, la

colocación de guantes y del material. El material estéril solo debe ser tocado por el personal que se haya lavado y colocado guantes estériles.

- Una vez acabada la intervención, recogida del material, desinfección de los aparatos y preparación del quirófano para otras operaciones. Para ello todo el material usado debe ser desechado (si no se puede esterilizar de nuevo). Se debe esterilizar todo el material o instrumental reutilizable.

El material se dividirá en fungible o no fungible, siendo necesaria su reposición. Se debe reponer también la zona de lavado, en la que se encuentran las mascarillas, batas, gorros, etcétera.

El carro del quirófano en el que se encuentran las gasas, paños, y otro material utilizado en la cirugía, será supervisado por el equipo de enfermería, siendo el técnico el que colabore en su revisión o reposición. También está en el quirófano el carro de anestesia con otro tipo de material. Se deben revisar los contenedores. Cada hospital tendrá su protocolo específico.

5 Discusión-Conclusión

El quirófano es una sala del ámbito hospitalario que requiere de conocimientos específicos para su mantenimiento, funcionamiento y servicio al paciente.

Se destaca la importancia del papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, que participa como miembro del equipo colaborando con el servicio de enfermería y el equipo médico, además de sus funciones características como la colocación, reposición o limpieza y esterilización de los materiales y máquinas utilizados. Por ello es importante su formación y actualización continua, tanto de los protocolos como de la organización y funciones del quirófano, todo ello enfocado a ofrecer la mejor asistencia a los pacientes y a la eficiencia del servicio.

6 Bibliografía

1. Funciones del técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en quirófano. Revista Sanitaria de Investigación. 2022 Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria>.
2. Manual de Enfermería Quirúrgica. Gobierno Vasco. Disponible en: https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/HGaldakaomanual_de_enfermeria_quirurgica.pdf

Capítulo 229

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO: INSTRUMENTAL SANITARIO. MATERIAL DE SUTURA. NORMAS GENERALES DE PREPARACIÓN

GEMA COELLO

ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ

JUDIT ESCUDERO RAMOS

YOLANDA ROMERO DIAZ

MARIA ELENA DE LA TORRE OSSORIO

1 Introducción

Dentro de las funciones que lleva a cabo el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE) en solitario o en colaboración con el diplomado universitario de enfermería (equipo de enfermería) tenemos la preparación de instrumentos sanitarios y la desinfección y/o esterilización de todos estos.

Pero, ¿qué es el instrumental sanitario?

Se entiende por instrumental sanitario todos los instrumentos que se utiliza en cualquier tipo de acto quirúrgico, en cualquier exploración o cualquier tipo de cura.

Dada la gran cantidad de material o instrumental sanitario que se utiliza en el ámbito sanitario hemos decidido dedicar este capítulo solo y exclusivamente al material o instrumental de sutura, tipos de sutura y las normas generales para preparar el material de sutura.

Pero, ¿qué es el material o instrumental de sutura?

El material o instrumento de sutura está conformado por los instrumentos necesarios para poder llevar a cabo una sutura (costura) en la piel para favorecer la cicatrización de una herida.

Existen diferentes tipos de sutura y dentro de las mas utilizadas encontramos:

- Sutura con puntos sueltos o discontinuos.
- Sutura continua.
- Sutura continua intradérmica.
- Sutura de esquina.
- Cierre en bolsa de tabaco.
- Punto simple.
- Punto de colchonero.
- Punto en U o colchonero horizontal.
- Punto de Algöwer o punto Suizo.

2 Objetivos

- Conocer e identificar adecuadamente todo el material de sutura existente.
- Conocer las normas básicas para la preparación del material de sutura.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos : se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, instrumental sanitario, instrumental de sutura, tipos de sutura y normas generales para la preparación del material de sutura.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, instrumental sanitario, instrumental de sutura, tipos de sutura y normas generales para la preparación del material de sutura , artículos en castellano que como máximo tuvieran 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Material o instrumental de sutura:

- Portaagujas: Se utilizan tanto para sujetar las agujas de sutura como para realizar los nudos durante la sutura.
- Suturas quirúrgicas: que comprende cualquier material(con gran resistencia de tracción, de superficie suave, con grosos uniforme, compatible con tejidos humanos, sin impurezas y estériles) utilizado para unir tanto vasos sanguíneos como tejidos en pacientes.

Dentro de las suturas quirúrgicas podemos encontrar varios tipos:

- . Suturas reabsorbibles. Se utilizan fundamentalmente en la sutura de órganos internos y en la de tejidos subcutáneos.
- . Suturas no reabsorbibles.

Los materiales de sutura reabsorbibles y no reabsorbibles pueden ser a su vez; naturales, sintéticos multifilamentos, sintéticos monofilamento o metálicos.

Una de las suturas más utilizadas es el hilo de sutura que lo podemos encontrar de seda, lino, nailon, prolene, dexton, vicryl, polidioxanona, acero inoxidable.

- Aguja: instrumento metálico que en función del tejido a coser puede tener forma y diferente tamaño. Consta de tres partes: punta, cuerpo y mandril.

Tipos de agujas:

- . Agujas rectas.
- , Agujas de sección circular.
- . Agujas con cuerpo triangular.
- . Agujas de punto roma.
- . Agujas Tapercut.
- Grapadoras estériles desechables o no desechables
- Quitagrapas instrumento que se utiliza para quitar las grapas(que se utilizan como sutura en heridas).

Normas a tener en cuenta en cuanto al material de sutura:

- Siempre hay que comprobar que el sobre en el que están metidas (ya que son estériles) esté intacto. Se debe desechar cualquier material de sutura cuyo embalaje presente cualquier tipo de abertura.

- Solo preparar aquel material de sutura que fecha de caducidad en vigor.
- El material debe estar perfectamente ordenado y preparado para que no falte nada, por ejemplo, tener preparadas agujas con sección cilíndrica, sección espatulada, sección triangular y sección tapercut.
- Etc.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados de auxiliar de enfermería debe conocer todo el material o instrumental de sutura que se utiliza en el ámbito sanitario no solo para cubrir con la función de preparación sino para que en el caso de ser requerida nuestra ayuda por parte del enfermero (DUE) o cualquier facultativo seamos capaces de reconocer el instrumental de sutura que nos está solicitando y nuestra ayuda sea lo más efectiva posible.

Somos conscientes que el instrumental sanitario es muy variado y dispar, pero con nuestros conocimientos previos (estudios necesarios para la obtención de la titulación de grado medio de técnico en cuidados de auxiliar de enfermería), nuestro interés en el desarrollo de nuestra labor diaria se puede conseguir.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal sanitario de los servicios de salud.
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación profesiones sanitarias. R.D. 1591/2009.

Capítulo 230

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON DIVERTICULITIS

SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ

MARÍA MARTÍN-FORERO MORA

GABRIELA-VALY BIRLEA

PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN

LUIS MIGUEL AZAÑA MORCUENDE

1 Introducción

La diverticulitis es una enfermedad que afecta el intestino, específicamente el colon. Se caracteriza por la inflamación o infección de los divertículos, que son pequeñas bolsas o sacos anormales en la pared del intestino.

Estos divertículos se forman cuando la presión en el colon aumenta y empuja la capa interna de la pared a través de puntos débiles. Por lo general, se desarrollan en personas mayores de 40 años y se cree que están relacionados con una dieta baja en fibra y alta en grasas, así como con un estilo de vida sedentario.

Cuando los divertículos se infectan o se inflaman, se experimenta dolor abdominal intenso, generalmente en el lado inferior izquierdo del abdomen. Otros síntomas comunes incluyen fiebre, náuseas, vómitos, distensión abdominal, cambios en los hábitos intestinales (como diarrea o estreñimiento) y sangrado rectal.

El diagnóstico de diverticulitis generalmente se realiza mediante una combinación de historia clínica, examen físico y pruebas adicionales como análisis de sangre, colonoscopia, tomografía computarizada o radiografía. El tratamiento puede incluir cambios en la dieta para incluir más fibra, medicamentos para el dolor y la inflamación, y en casos más graves, la hospitalización y la administración de antibióticos intravenosos.

Aunque la mayoría de los casos de diverticulitis se resuelven con tratamiento, pueden presentarse complicaciones como abscesos, obstrucción intestinal o perforación del colon. Estas complicaciones pueden requerir cirugía y, en algunos casos, es posible que se requiera la extirpación de una parte del colon.

Para prevenir la diverticulitis, se recomienda llevar una dieta rica en fibra, beber suficiente agua, hacer ejercicio regularmente y mantener un peso saludable. También es importante evitar el estreñimiento y el esfuerzo excesivo durante las evacuaciones intestinales. Si se experimenta dolor abdominal persistente o cualquier síntoma preocupante, se debe buscar atención médica de inmediato.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería que se consideran esenciales en pacientes con diverticulitis.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica y en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Posteriormente, se ha revisado la publicación de forma empírica.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería cumple un papel fundamental en el cuidado de pacientes con diverticulitis. Esta enfermedad consiste en la presencia de pequeñas bolsas o sacos en la pared del colon, llamados divertículos, que se inflaman y pueden provocar síntomas como dolor abdominal, fiebre y cambios en los movimientos intestinales.

- Una de las principales funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el apoyo en la alimentación del paciente. La diverticulitis puede requerir una dieta específica, como una dieta baja en fibra, para evitar la irritación del colon. El técnico debe asegurarse de que el paciente reciba los alimentos adecuados y en las cantidades prescritas, realizando la observación de la ingesta y buscando asesoramiento del equipo de enfermería o nutrición en caso de dudas.
- Además, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe colaborar en las actividades de higiene y confort del paciente. Es fundamental mantener una correcta higiene de la zona abdominal, evitando la acumulación de bacterias que puedan agravar la inflamación. El técnico puede ayudar en la limpieza y cuidado de la zona, siguiendo las indicaciones del equipo de enfermería.
- Otra función importante del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es la administración de medicamentos según prescripción médica. En el caso de la diverticulitis, pueden ser necesarios analgésicos para aliviar el dolor abdominal y antibióticos para tratar la infección. El técnico debe asegurarse de cumplir con las dosis y horarios establecidos, observar posibles efectos secundarios y reportar cualquier anomalía al equipo de enfermería.
- Por último, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe prestar atención a los signos y síntomas del paciente, como cambios en el dolor abdominal, fiebre alta o sangrado rectal. Estos pueden indicar complicaciones de la diverticulitis y requieren una pronta intervención médica. El técnico debe estar atento a estas señales y comunicarlas de inmediato al equipo de enfermería, para que puedan evaluarse y tomar las medidas necesarias.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña varias funciones importantes en el cuidado del paciente con diverticulitis. Desde la alimentación y la higiene, hasta la administración de medicamentos y la observación de signos y síntomas, su labor contribuye a garantizar el bienestar del paciente y a prevenir complicaciones. Trabajar en equipo con otros profesionales de la salud es fundamental para brindar una atención integral y eficaz.

5 Discusión-Conclusión

La empatía del técnico en cuidados auxiliares de enfermería hacia el paciente con diverticulitis es fundamental para brindarle el apoyo emocional necesario durante su proceso de enfermedad. El técnico debe mostrar comprensión y comprensión hacia el dolor físico y las dificultades que el paciente pueda experimentar debido a los síntomas de la diverticulitis.

Se destaca la importancia de que el técnico esté atento a las necesidades del paciente, proporcionando alivio del dolor y ayudando en la movilidad si es necesario. Además, debe proporcionar información clara y precisa sobre la enfermedad y sus tratamientos, brindando apoyo emocional y fomentando la confianza en el personal médico.

Así mismo, la escucha activa y la comprensión de las preocupaciones y temores del paciente es fundamental. El técnico debe ser capaz de mostrar empatía y ofrecer consuelo en momentos de angustia y ansiedad. La buena comunicación y el respeto son esenciales para establecer una relación terapéutica y garantizar una atención de calidad para el paciente con diverticulitis.

6 Bibliografía

1. Jacobs, D. O. (2007). Diverticulitis. *New England Journal of Medicine*, 357(20), 2057-2066.

Capítulo 231

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN

SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ

MARÍA MARTÍN-FORERO MORA

GABRIELA-VALY BIRLEA

PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN

LUIS MIGUEL AZAÑA MORCUENDE

1 Introducción

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica de origen desconocido que afecta principalmente el tracto gastrointestinal, aunque puede manifestarse en otras partes del cuerpo. Se clasifica como una de las dos principales enfermedades inflamatorias intestinales (EII), siendo la otra la colitis ulcerosa.

Esta afección se caracteriza por la inflamación recurrente de la mucosa del tracto digestivo, que puede afectar cualquier parte, desde la boca hasta el ano. Sin embargo, suele encontrarse con mayor frecuencia en el intestino delgado y el colon. La inflamación de la enfermedad de Crohn se presenta en forma de "brotes" o episodios de exacerbación seguidos de periodos de remisión.

Los síntomas más comunes incluyen dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso, fatiga, fiebre y sangrado rectal en casos de afectación del colon. Además, puede causar complicaciones graves como estrecheces en el intestino (estenosis), formación de fístulas, abscesos y problemas nutricionales debido a la mala absorción de nutrientes.

La causa exacta de la enfermedad de Crohn aún no se comprende completamente, pero se cree que involucra una combinación de factores genéticos, ambientales e inmunológicos. Afecta a personas de todas las edades, pero generalmente se diagnostica en adultos jóvenes.

El diagnóstico suele realizarse mediante endoscopias, colonoscopias, estudios de imágenes y análisis de sangre. El tratamiento se centra en controlar la inflamación, aliviar los síntomas y prevenir complicaciones. Puede incluir medicamentos como antiinflamatorios, inmunosupresores y biológicos. En casos graves o con complicaciones, la cirugía puede ser necesaria para extirpar segmentos dañados del intestino.

La enfermedad de Crohn es una afección crónica que requiere una gestión a largo plazo, con un enfoque en la mejora de la calidad de vida del paciente y el control de los síntomas para prevenir brotes. El apoyo de un equipo médico multidisciplinario, que puede incluir a médicos, enfermeros y dietistas, es fundamental para brindar un cuidado integral a quienes viven con esta enfermedad.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería que se consideran esenciales en la enfermedad de Crohn.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica y en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Posteriormente, se ha revisado la publicación de forma empírica.

4 Resultados

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es fundamental en el manejo de pacientes con enfermedad de Crohn, una enfermedad inflamatoria intestinal crónica que requiere cuidados continuos y multidisciplinarios. En esta afección, el intestino se inflama de manera recurrente, lo que puede causar una serie de síntomas debilitantes, como dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso y fatiga.

- En primer lugar, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un rol esencial en la educación del paciente. Explicar los fundamentos de la enfermedad, sus síntomas y el manejo de la medicación es crucial para empoderar al paciente en su autocuidado. Además, proporciona información sobre la importancia de una dieta adecuada y el control del estrés, ya que estos factores pueden influir en los brotes de la enfermedad.
- La observación constante del paciente es otra función clave. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar atento a cualquier cambio en los síntomas del paciente y comunicarlo al equipo de enfermería y al médico de manera oportuna. Esto contribuye a un diagnóstico y tratamiento más efectivos.
- La administración de medicamentos también forma parte de las responsabilidades del técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Puede ser necesario administrar medicamentos como antiinflamatorios, inmunosupresores o biológicos según la prescripción médica. Es vital seguir los protocolos de administración y controlar los efectos secundarios.
- En el aspecto emocional, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel de apoyo fundamental. La enfermedad de Crohn puede tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente, y el técnico debe estar preparado para ofrecer apoyo emocional, escuchar preocupaciones y derivar al paciente a profesionales de salud mental si es necesario.
- La higiene y el confort del paciente son igualmente importantes. Los pacientes con enfermedad de Crohn pueden experimentar episodios de diarrea severa, lo que requiere una atención especial en cuanto a la higiene y el cambio de pañales o apósitos.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel crucial en el manejo de pacientes con enfermedad de Crohn al educar, observar, administrar medicamentos, ofrecer apoyo emocional y garantizar el bienestar físico del paciente. Su contribución es esencial para el bienestar general y la calidad de vida de aquellos que enfrentan esta enfermedad crónica.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe brindar atención integral y compasiva al paciente con enfermedad de Crohn. Primero, asegurarse de comprender sus necesidades específicas y su historia médica y educar al paciente sobre la enfermedad y la importancia del seguimiento médico.

Se destaca la importancia de facilitar un ambiente limpio y cómodo, ya que los pacientes con Crohn pueden experimentar episodios de diarrea y de proporcionar un apoyo emocional constante, escuchando sus preocupaciones y remitiendo a un profesional de salud mental si es necesario.

Se debe tener en cuenta la administración de medicamentos según las indicaciones médicas, prestando atención a los posibles efectos secundarios y el mantenimiento de una comunicación efectiva con el equipo de enfermería y el médico para informar cualquier cambio en la condición del paciente.

Se recomienda promover estrategias de manejo del estrés, ya que este puede desencadenar brotes.

En conclusión, el enfoque del TCAE debe ser holístico, abordando tanto las necesidades físicas como emocionales del paciente con enfermedad de Crohn.

6 Bibliografía

1. Cushing, K., & Higgins, P. D. (2021). Management of Crohn disease: a review. *Jama*, 325(1), 69-80.

Capítulo 232

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON HEMORROIDES

SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ

MARÍA MARTÍN-FORERO MORA

GABRIELA-VALY BIRLEA

PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN

LUIS MIGUEL AZAÑA MORCUENDE

1 Introducción

Las hemorroides internas son una afección médica común que afecta el canal anal y el recto. Se desarrollan cuando las venas en la pared del recto y el ano se inflaman y se ensanchan. Aunque las hemorroides internas a menudo son menos dolorosas que las hemorroides externas, pueden causar molestias significativas y otros síntomas incómodos.

Estas hemorroides se dividen en cuatro grados, según su gravedad:

Grado I: Las hemorroides internas de grado I son pequeñas y generalmente no causan síntomas notables. A menudo, se descubren durante exámenes médicos de rutina.

Grado II: En este caso, las hemorroides se agrandan durante las deposiciones y vuelven a su lugar por sí mismas después de la defecación.

Grado III: Las hemorroides de grado III también se agrandan durante las evacuaciones intestinales, pero deben ser empujadas de nuevo manualmente.

Grado IV: Las hemorroides de grado IV son permanentemente prolapsadas y no se pueden empujar de nuevo en su lugar.

Los síntomas comunes de las hemorroides internas incluyen sangrado durante las evacuaciones intestinales, picazón en el área anal y dolor, especialmente si las hemorroides están prolapsadas o se trombosan (desarrollan coágulos sanguíneos). Además, las hemorroides internas pueden causar sensación de llenura en el recto y una necesidad constante de evacuar.

El diagnóstico se realiza generalmente mediante una inspección visual y un examen rectal realizado por un profesional de la salud. El tratamiento puede variar desde cambios en el estilo de vida y la dieta, hasta medicamentos tópicos y procedimientos médicos, dependiendo de la gravedad de las hemorroides. En casos graves o cuando otros métodos no funcionan, la cirugía puede ser necesaria.

Las hemorroides internas son la inflamación de las venas en el canal anal y el recto, lo que puede causar una serie de síntomas incómodos. El tratamiento depende de la gravedad y los síntomas, y generalmente se inicia con medidas conservadoras antes de considerar opciones más invasivas.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la atención de un paciente con hemorroides.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel esencial en la atención y el bienestar de los pacientes que padecen hemorroides internas. Esta afección, caracterizada por la inflamación de las venas en el canal anal y el recto, puede ser dolorosa y molesta. Aquí se describen las funciones clave del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el manejo de pacientes con hemorroides internas:

Educación del paciente: Una de las funciones más importantes es proporcionar información al paciente sobre las hemorroides internas. Esto incluye explicar las causas, los síntomas, las opciones de tratamiento y cómo prevenir futuros brotes. La educación adecuada puede ayudar a reducir la ansiedad y empoderar al paciente para que tome decisiones informadas sobre su atención.

Alivio del dolor y la incomodidad: El técnico puede administrar medicamentos tópicos o sistémicos según las indicaciones médicas para aliviar el dolor y la inflamación asociados con las hemorroides internas. Además, puede brindar asesoramiento sobre la aplicación segura y efectiva de estos medicamentos.

Control del sangrado: Las hemorroides internas a menudo se asocian con sangrado durante las evacuaciones intestinales. El técnico debe estar atento a este síntoma y comunicar cualquier cambio significativo en la cantidad o la frecuencia del sangrado al equipo de enfermería o al médico.

Promoción de la higiene anal: Mantener una buena higiene es fundamental para prevenir infecciones y reducir la irritación en el área anal. El técnico puede enseñar al paciente sobre las prácticas adecuadas de limpieza y cuidado de las hemorroides.

Monitorización de síntomas: El seguimiento regular de los síntomas del paciente es esencial. El técnico debe preguntar sobre el dolor, la picazón, la incomodidad y cualquier otro síntoma relacionado con las hemorroides internas para evaluar la eficacia del tratamiento y realizar ajustes si es necesario.

Apoyo emocional: Las hemorroides internas pueden ser embarazosas y causar ansiedad en los pacientes. El técnico debe ser comprensivo y estar preparado para escuchar las preocupaciones del paciente, brindando apoyo emocional y remitiendo a un profesional de salud mental si es necesario.

Promoción de cambios en el estilo de vida: Fomentar hábitos saludables, como

una dieta rica en fibra, la hidratación adecuada y la actividad física, puede ayudar a prevenir la recurrencia de las hemorroides internas. El técnico puede educar al paciente sobre la importancia de estos cambios en el estilo de vida.

Para una óptima recuperación del paciente con hemorroides, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede brindar las siguientes recomendaciones:

Mantener una dieta rica en fibra: Incentive al paciente a consumir alimentos con alto contenido de fibra, como frutas, verduras y granos enteros. La fibra suaviza las heces y facilita las evacuaciones intestinales, reduciendo la irritación de las hemorroides.

Beber suficiente agua: La hidratación adecuada es esencial para mantener las heces blandas y prevenir el estreñimiento, que puede agravar las hemorroides. Aconseje al paciente a beber al menos ocho vasos de agua al día.

Evitar el esfuerzo durante las evacuaciones: Enseñe al paciente técnicas para evitar el esfuerzo excesivo al defecar, como no retener las heces y no permanecer mucho tiempo en el inodoro.

Uso de cremas y supositorios: Si se recomiendan medicamentos tópicos, explique cómo aplicarlos de manera segura y siguiendo las indicaciones del médico.

Higiene adecuada: Anime al paciente a mantener una buena higiene anal, utilizando agua tibia en lugar de papel higiénico y evitando frotar la zona con fuerza.

Evitar el sedentarismo: La actividad física regular puede mejorar la circulación sanguínea y reducir la presión en el área anal. Anímelo a realizar ejercicio moderado según sus capacidades.

Seguimiento médico: Recuerde la importancia de las visitas regulares al médico para evaluar la progresión de las hemorroides y ajustar el tratamiento si es necesario.

Manejo del dolor: Si se prescribe algún medicamento para el dolor, explique su uso y asegúrese de que el paciente lo tome según las indicaciones médicas.

Estas recomendaciones pueden ayudar al paciente a gestionar sus síntomas y facilitar una recuperación más rápida y cómoda. Sin embargo, es crucial que el técnico trabaje en conjunto con el equipo de atención médica para adaptar el plan de cuidados a las necesidades individuales del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel esencial en el cuidado y la atención de los pacientes con hemorroides internas al proporcionar educación, aliviar el dolor, controlar el sangrado, promover la higiene y el bienestar, brindar apoyo emocional y fomentar cambios en el estilo de vida saludables. Su contribución es fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan esta condición incómoda.

6 Bibliografía

1. García Gutiérrez, A. (2008). Hemorroides: Clasificación, diagnóstico y tratamiento. *Revista Cubana de Cirugía*, 47(1), 0-0.

Capítulo 233

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS POST MORTEM

NATALIA LOPEZ GARCIA

MÓNICA ROSA MORENO LALIGA

ANA ISABEL NOTARIO MADRID

BELÉN SANCHEZ RUIZ

NICOLE CHICO CORRAL

1 Introducción

La muerte es una palabra que siga atormentándonos desde tiempos inmemorables, pero por la realidad y por naturaleza deberíamos acostumbrarnos a ella, pues forma parte del ciclo natural de la vida. Al producirse la muerte clínica del paciente, es decir deja de funcionar el sistema vascular, el respiratorio y el cerebral, el cuerpo comenzará a sufrir una serie de transformaciones pasando por diferentes etapas. El TCAE será conocedor de todos estos cambios en el paciente fallecido y sabrá actuar acorde con la situación, por ello mas adelante detallaremos cuáles serían sus funciones y el papel que desempeña este personal una vez producido el exitus.

Al igual que en vida un paciente hospitalario es cuidado y atendido por el personal TCAE en las mejores condiciones y con las mayores atenciones, también lo debe de ser igualmente tratado una vez haya fallecido .

Cuando se produzca el exitus del paciente, el personal TCAE será el encargado de proporcionarle los primeros cuidados post mortem ,estos consistirán en una serie de atenciones y cuidados al cuerpo tras el fallecimiento, mostrándose de manera respetuosa hacia el fallecido llevando a cabo un manejo cuidadoso, proporcionando privacidad e intimidad al cadáver.

En nuestro trabajo de investigación enumeraremos las principales funciones del TCAE ante un exitus en el hospital por parte de un paciente y los cuidados post mortem que este personal realizará al cadáver.

2 Objetivos

Este capítulo tiene como principal objetivo analizar la labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el contexto de los cuidados post mortem y realizar una descripción de la metodología que se debe utilizar para llevar a cabo sus funciones.

Se va a profundizar en la importancia que tiene este personal sanitario, así como en los desafíos y las responsabilidades asociadas a los cuidados post mortem.

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 análisis de la literatura y las entrevistas con técnicos en cuidados auxiliares de enfermería reveló una serie de resultados importantes en relación al papel de este personal sanitario en los cuidados post mortem.

Cuando se produce el exitus de un paciente, es el médico el que notifica la muerte legal y emite el certificado de defunción. Los cuidados post mortem son realizados

desde que fallece la persona hasta que el cadáver es entregado a los servicios funerarios.

Los cuidados deben realizarse sin los familiares presentes para evitar el impacto emocional y es muy importante realizarlos antes del rigor mortis que aparece normalmente entre las 3 y las 6 horas. Para realizar el acondicionamiento del cadáver se sigue un protocolo de actuación.

A continuación, se detallan las responsabilidades y funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los cuidados post mortem:

- Los cuidados se realizarán siempre en un ambiente de respeto e intimidad.
- Si el fallecido tiene compañeros de habitación, se intentará que el ambiente sea lo menos traumático posible.
- Si la familia manifiesta ese deseo, se avisará al responsable de su religión.
- Se entregará a la familia las pertenencias personales del difunto si no estuvo presente en el momento de la muerte. En el caso de que el paciente no tenga familia, se avisa a inspección para su recogida. - Se pedirá a la familia que abandone la habitación.
- Se debe utilizar guantes en todo momento y las manos bien lavadas garantizando que se cumplan los requisitos de seguridad en todo momento. La implementación de una metodología adecuada en los cuidados post mortem requiere el seguimiento de procedimientos y medidas de seguridad específicos. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe seguir las directrices establecidas por organizaciones de salud para garantizar un manejo adecuado del cuerpo del fallecido.

La higiene y el control de infecciones son aspectos fundamentales en los cuidados post mortem. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe asegurarse de cumplir con los estándares de limpieza y desinfección, siguiendo los protocolos establecidos para prevenir la propagación de enfermedades y garantizar un entorno seguro.

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los cuidados post mortem es de vital importancia. Después de que se produzca el exitus del paciente y el médico notifique la muerte, es el encargado de realizar los cuidados oportunos en este contexto.

Su labor abarca desde el acondicionamiento del cadáver hasta el apoyo emocional a los familiares. Los cuidados post mortem se realizan en un momento de sensibilidad tanto para los familiares como para los sanitarios.

A través de una metodología adecuada, una comunicación efectiva y un cuidado del bienestar personal, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede brindar una atención respetuosa, compasiva y de calidad durante el proceso de despedida y duelo.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 234

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

ESTELA SUAREZ CAO

1 Introducción

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan una función esencial en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en diversos entornos de atención médica. Se exploran las responsabilidades específicas de los TCAE en este ámbito, su colaboración con otros profesionales de la salud y las estrategias para mejorar la educación y el alcance de la prevención.

La prevención de enfermedades es una prioridad en la atención médica moderna. Los TCAE tienen un papel fundamental en la implementación de estrategias de prevención y promoción de la salud, trabajando en colaboración con otros profesionales de la salud para mejorar el bienestar de la comunidad.

Estos profesionales no solo van a brindar cuidados básicos a los pacientes, sino que también desempeñan un papel esencial en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Van a aportar información valiosa a los pacientes sobre la importancia de adoptar hábitos de vida saludables, como una dieta equilibrada, la actividad física regular, el control del estrés y la higiene adecuada. Además, pueden ofrecer orientación sobre la administración de medicamentos, la prevención de lesiones y la detección temprana de síntomas preocupantes. Su cercanía con los pacientes les permite identificar factores de riesgo y brindar recomendaciones personalizadas para minimizar la posibilidad de enfermedades.

2 Objetivos

- Describir las contribuciones y perspectivas del TCAE en la prevención de enfermedades.

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 desempeñan un papel clave en la educación y el empoderamiento de los pacientes en la prevención de enfermedades. Esto incluye la enseñanza de medidas de higiene, consejos sobre alimentación saludable, promoción de la actividad física y el fomento de hábitos saludables en la vida diaria. Además, los TCAE pueden participar en la administración de vacunas y en la identificación temprana de signos y síntomas de enfermedades.

Los TCAE tienen que llevar a cabo una serie de funciones y además deben colaborar con otros profesionales de la salud y tener formación y educación para promover la salud.

- Colaboración Interdisciplinaria: La prevención de enfermedades requiere una colaboración estrecha entre diferentes profesionales de la salud. Los TCAE trabajan en equipo con enfermeros, médicos, nutricionistas y otros especialistas para proporcionar una atención holística. Su capacidad para brindar información precisa y apoyo a los pacientes es esencial para la implementación efectiva de estrategias de prevención.
- Educación y Promoción de la Salud: Los TCAE pueden desempeñar un papel crucial en la educación y promoción de la salud en la comunidad. Organizar charlas, talleres y campañas educativas sobre temas como la prevención de enfermedades crónicas, la higiene personal y la importancia de las vacunas puede ayudar a aumentar la conciencia y fomentar la adopción de comportamientos saludables. Los TCAE se van a enfrentar a varios desafíos y oportunidades debido a su puesto de trabajo. Los TCAE en la prevención de enfermedades pueden enfrentar desafíos como la resistencia al cambio en los pacientes y la necesidad de mantenerse

actualizados en las últimas investigaciones y directrices de salud. Sin embargo, también tienen la oportunidad de ser agentes de cambio al influir en la mentalidad de la comunidad y en la adopción de hábitos más saludables.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE desempeña un rol vital en la prevención de enfermedades a través de la educación, el apoyo y la colaboración interdisciplinaria. Su capacidad para interactuar cercanamente con los pacientes los convierte en una fuente confiable de información y motivación para adoptar estilos de vida más saludables. Al fortalecer la formación y la colaboración, los TCAE pueden contribuir significativamente a la mejora de la salud pública y la reducción de la carga de enfermedades prevenibles. El TCAE puede tener un impacto significativo en la reducción de la carga de enfermedades prevenibles en nuestras comunidades. El TCAE es una inversión valiosa para construir un futuro más saludable y resiliente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 235

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL INSTITUCIONALIZADO

NATALIA LOPEZ GARCIA

MÓNICA ROSA MORENO LALIGA

ANA ISABEL NOTARIO MADRID

BELÉN SANCHEZ RUIZ

NICOLE CHICO CORRAL

1 Introducción

Los pacientes con discapacidad intelectual institucionalizados son aquellos que residen en instituciones especializadas debido a sus necesidades de atención y cuidado. Esta forma de atención puede ser necesaria cuando las circunstancias familiares o los recursos comunitarios no son suficientes para brindarles el apoyo adecuado en su entorno habitual.

La institucionalización puede ser una opción válida para algunos individuos, pero también plantea desafíos y preocupaciones en su bienestar y calidad de vida. Cuando los pacientes con discapacidad intelectual son institucionalizados, es esencial garantizar que se les brinde un ambiente seguro, inclusivo y enriquecedor. Estas instituciones deben estar equipadas con personal capacitado y especializado, así como con los recursos necesarios para satisfacer las necesidades médicas, educativas, sociales y emocionales de los residentes. Sin embargo, la institucionalización también plantea preocupaciones sobre la autonomía y la dignidad de los pacientes.

Es fundamental que se promueva la participación activa de los individuos en la toma de decisiones que afectan su vida, se respeten sus derechos y se les brinde la oportunidad de desarrollar sus habilidades y potencialidades al máximo.

Además, la desinstitucionalización y la promoción de modelos de atención comunitaria son enfoques cada vez más valorados en el cuidado de los pacientes con discapacidad intelectual. Estos modelos buscan fomentar la inclusión social y la integración en la comunidad, brindando apoyo y servicios personalizados en entornos menos restrictivos.

La atención de salud de las personas con discapacidad intelectual institucionalizadas es un tema de gran importancia y relevancia en el ámbito de la enfermería.

2 Objetivos

Analizar y comprender las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el cuidado del paciente con discapacidad intelectual institucionalizado.

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 presente estudio se centró en analizar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el paciente con discapacidad intelectual institucionalizado. A través de la recolección de datos, se obtuvieron resultados que ofrecen una visión amplia y detallada sobre las actividades que desempeñan estos profesionales en el cuidado de esta población específica.

A continuación, se presentan los principales hallazgos obtenidos:

1. Actividades básicas de la vida diaria: Desempeñan un papel fundamental en el cuidado y la atención de los pacientes con discapacidad intelectual institucionalizados. Estas actividades incluyen tareas esenciales para el bienestar y la autonomía de los pacientes, como la higiene personal, la alimentación, el vestido y el control de esfínteres.

En este apartado, se presentan los resultados obtenidos en relación con la participación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en estas actividades y su impacto en el cuidado del paciente con discapacidad intelectual.

- Higiene personal: Los resultados revelaron que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel fundamental en la asistencia a la higiene personal de los pacientes con discapacidad intelectual institucionalizados.

Esto incluye el baño, el cuidado de la piel, el cepillado de dientes, el peinado y el arreglo personal. Los técnicos se encargan de garantizar que los pacientes mantengan una buena higiene, lo cual es crucial para prevenir infecciones, promover la comodidad y preservar la salud general.

- Alimentación: Otro resultado importante fue la participación activa del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la alimentación de los pacientes con discapacidad intelectual institucionalizados. Los técnicos colaboran en la preparación de las comidas, adaptándolas a las necesidades dietéticas específicas de cada paciente.

Además, brindan apoyo durante las comidas, asegurándose de que los pacientes ingieran los alimentos adecuadamente y supervisando cualquier dificultad o necesidad especial.

- Vestido y arreglo personal: Los resultados indicaron que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un rol activo en el vestido y el arreglo personal de los pacientes con discapacidad intelectual institucionalizados.

Los técnicos colaboran en la elección y la colocación de la vestimenta adecuada, teniendo en cuenta las preferencias y necesidades individuales de cada paciente. Además, brindan apoyo en el arreglo personal, como el peinado, el aseo y el cuidado de las uñas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, debemos conocer la importancia que tiene en nuestro trabajo como TCAE el adquirir empatía y ofrecer nuestro apoyo emocional a nuestros pacientes y sus familias, puesto que están pasando por malos momentos, de nervios, tensión e incertidumbre.

Nosotros somos las personas las cuales pasamos más tiempo con ellos, somos su personal de referencia y debemos conseguir que vean en nosotros como a alguien de su familia, que nos vea un apoyo en estos momentos tan duros, y debemos hablar con ellos, saber como se sienten y darles ánimos, tenemos que conseguir que nuestros pacientes y sus familias tengan una actitud positiva, ya que una actitud negativa podría retrasar la mejoría de nuestro paciente.

El personal TCAE es un miembro valioso del equipo multidisciplinario que trabaja en cualquier centro sanitario.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 236

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE HOSPITALIZADO CON ALZHEIMER

NATALIA LOPEZ GARCIA

MÓNICA ROSA MORENO LALIGA

ANA ISABEL NOTARIO MADRID

BELÉN SANCHEZ RUIZ

NICOLE CHICO CORRAL

1 Introducción

Se puede definir el Alzheimer como el trastorno cerebral que va lentamente destruyendo la memoria y capacidad de pensar y a lo largo que pasa el tiempo esta enfermedad destruye también la habilidad de llevar a cabo tareas del día a día, las personas que padecen Alzheimer normalmente presentan cambios de conducta y de personalidad. Esta enfermedad normalmente a la gran mayoría a personas de más de 65 años y sobre todo afecta a más mujeres. Es una enfermedad sin cura, puesto que se existe una pérdida progresiva de neuronas considerándose

una enfermedad terminal, es muy triste sobre todo para familiares, ya que la última etapa de vida del paciente la pasa sin recordar nada de su vida ni recordar a nadie de su familia.

Existen algunos factores de riesgo, los cuales serían una edad avanzada, síndrome de Down, historiales familiares con demencia, presencia del gen Apoe-4. Los síntomas de padecer Alzheimer normalmente son; pérdida de memoria a corto y largo plazo, trastornos en el lenguaje, desorientación, cambios en la personalidad y el humor, depresión, deterioro en la capacidad de movimiento.

Existen diferentes fases: Demencia inicial, demencia moderada, demencia severa las explicaré más detalladamente a lo largo de esta investigación.

Normalmente, no reconocen a sus familiares, pero sí que conservan más su memoria emocional, saben quienes son sus cuidadores aunque no sepan de sus nombres, su humor sufre cambios constantes y son imprevisibles, rien, gritan, lloran, repiten todo el tiempo lo mismo, no son capaces de controlar sus gestos, se les olvida hasta andar en algunos casos, comer, tragar, no controlan esfínteres etc.

El tiempo estimado de vida estimado a una persona que padece Alzheimer es de entre 8 y 10 años.

2 Objetivos

Exponer cómo facilitar, mejorar y controlar la asistencia a los enfermos con demencia para mejorar su calidad de vida, por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

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

Actualmente, el Alzheimer es una enfermedad incurable y terminal. No obstante, existen tratamientos y cuidados que suavizan los síntomas y ralentizan el curso de esta enfermedad. Es muy importante la medida a adoptar de las familias encargadas del cuidado de estos pacientes, ya que un ambiente familiar feliz hace que se retrase la enfermedad.

La enfermedad de Alzheimer, poco a poco, provoca cambios drásticos en la vida de los pacientes y sus familias, dificultando la realización de las actividades diarias y provocando depresión en los pacientes. La posición del auxiliar de enfermería con los pacientes con enfermedad de Alzheimer, en el hospital, es la siguiente:

- Hablar al paciente claro, amable y relajado, con un tono de voz comprensible para no molestar al paciente.
- Al entrar en la habitación, siempre deben presentarse y explicar en un lenguaje claro y comprensible lo que deben hacer para evitar el miedo. Proporcione un ambiente cómodo, sin ruidos ni distracciones. - También se debe garantizar la privacidad del paciente.
- Explicar al paciente lo que debe hacer en oraciones cortas.
- Hacer que el paciente se sienta escuchado, involucrándose y participando en la conversación.
- Animar al paciente a realizar actividades sencillas relacionadas con su higiene y alimentación que le proporcionen satisfacción, asegurando una cierta independencia con una supervisión constante, aumentando así su confianza en sí mismo y retrasando así la progresión de la enfermedad.
- Cuando regresen a casa después del alta, se les debe explicar bien a ellos y a sus familias las instrucciones que deben seguir para facilitar su vida diaria y mejorar la protección sin renunciar a la supervisión constante.

Especialmente si se está confundido o desorientado, ayuda a concentrarse y evitar posibles ataques de ansiedad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, debemos conocer la importancia que tiene en nuestro trabajo como TCAE el adquirir empatía y ofrecer nuestro apoyo emocional a nuestros pacientes y sus familias, puesto que están pasando por malos momentos, de nervios, tensión e incertidumbre.

Nosotros somos las personas las cuales pasamos más tiempo con ellos, somos

su personal de referencia y debemos conseguir que vean en nosotros como a alguien de su familia, que nos vea un apoyo en estos momentos tan duros, y debemos hablar con ellos, saber como se sienten y darles ánimos, tenemos que conseguir que nuestros pacientes y sus familias tengan una actitud positiva, ya que una actitud negativa podría retrasar la mejoría de nuestro paciente. El personal TCAE es un miembro valioso del equipo multidisciplinario que trabaja en cualquier centro sanitario.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 237

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE LOS PACIENTES CON INTOXICACIONES

LAURA MARTÍNEZ CANTOS

MARÍA CONCEPCIÓN TENDERO AVILA

CARMEN RUIZ RUIZ

CRISTINA GARCÍA BLANCO

MARIANGELES IBÁÑEZ GUERRERO

1 Introducción

Los técnicos en cuidados auxiliares en Enfermería deben estar capacitados para identificar los cuadros clínicos de las intoxicaciones de distintos tóxicos de los pacientes , así como conocer los protocolos establecidos a seguir.

Vamos a definir tóxico como cualquier sustancia química, natural o artificial, que produce un efecto dañino sobre los seres vivos al entrar en contacto con ellos. La intoxicación viene cuando un ser vivo se encuentra bajo los efectos perjudiciales de un tóxico.

La gravedad de la intoxicación depende de la toxicidad del producto, de la vía de entrada, la dosis ingerida, y de la víctima en cuanto a edad, estado nutricional, sexo, etc.

Los efectos adversos pueden ser locales o generales; los locales son inmediatos y limitados a la parte del cuerpo que ha estado en contacto con las sustancias tóxicas, como erupciones, picor, quemaduras, etc. Los efectos generales son más difusos y además aparecen en lugares alejados del órgano de entrada, ya que los síntomas aparecen una vez que se ha ingerido el tóxico.

Podemos sufrir intoxicación por vía oral o digestiva, respiratoria, cutánea... A lo largo del desarrollo del capítulo vamos a ver estas intoxicaciones, los síntomas, protocolos y las medidas generales que tomaremos como primeros auxilios en pacientes intoxicados.

2 Objetivos

Plasmar de forma general los tipos de intoxicación más comunes, los síntomas, y los tratamientos que se llevan a cabo en cada una de las circunstancias.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos tenido en cuenta nuestra amplia experiencia laboral, tanto en residencias de la tercera edad, en residencias de cuidados especiales o en el hospital general Universitario de Albacete.

También hemos realizado una revisión bibliográfica, consultado algunas publicaciones, a través del buscador Google Académico.

4 Resultados

Vamos a ver las vías de intoxicación más comunes, depende de la entrada del tóxico en el cuerpo puede influir la cantidad que haya penetrado en el organismo en un tiempo determinado, a veces nos encontramos con lesiones locales que nos van a indicar la entrada. Podemos distinguir entre la vía oral o digestiva por ingestión, la vía respiratoria por inhalación, la vía cutánea por contacto o inoculación.

- VÍA ORAL O DIGESTIVA:

En la forma más frecuente de intoxicación, puede ocurrir tanto en el ámbito doméstico como en el entorno laboral.

* En el ámbito doméstico, nos encontramos los cosméticos, productos de limpieza o medicamentos como los productos principales y más frecuentes en las intoxicaciones.

Debemos leer las instrucciones del fabricante para evitar usos inadecuados, como es en el caso de las mezclas peligrosas en productos de limpieza como la lejía y el amoníaco. En cuanto a los medicamentos debemos dejarlos en lugares seguros y en sus envases originales. Además, debemos seguir las indicaciones de la prescripción médica.

Todo esto debe estar fuera del alcance de los niños, en sitios altos o cerrados con algún tipo de seguridad.

En el ámbito laboral las intoxicaciones pueden venir por insecticidas, órganos fosforados, hidrocarburos, alcoholes y metales pesados como el arsénico.

Los síntomas suelen ser náuseas, sudores, arritmias, hipertensión y coma.

El protocolo de los primeros auxilios en este tipo de intoxicaciones se basa en valorar el estado de consciencia de la víctima y mantener la vía aérea permeable. Si la víctima estuviera consciente le podríamos preguntar que es lo que ha ingerido, la cantidad y el tiempo que ha transcurrido.

Si la intoxicación ha sido por una sustancia con propiedades cáusticas nos pondremos guantes para no contaminarnos y le retiraremos los restos que tenga la boca a la víctima, no le daremos nada de comer ni de beber ni le provocaremos el vómito si no está indicado por el médico.

-. VÍA RESPIRATORIA:

En el caso de la intoxicación por inhalación las sustancias en forma de vapor, gas o polvo pueden llegar a los pulmones, por la boca o la nariz, y desde los propios pulmones extensos al resto del cuerpo.

La intoxicación por inhalación supone un 5% de los casos, además la mezcla más frecuente es lejía con amoníaco.

La intoxicación por inhalación supone un 5% de los casos, además la mezcla más frecuente es lejía con amoníaco.

Cuando la intoxicación se produce por inhalación de monóxido de carbono, que es un gas reconocido como asfixiante, es bastante peligrosa porque es un gas incoloro e inodoro, por lo tanto la persona que lo está inhalando no lo percibe, los síntomas más comunes son mareos, náuseas y cefaleas. La única forma de sobrevivir es respirando oxígeno puro.

-. INTOXICACIÓN POR VÍA CUTÁNEA:

Este tipo de intoxicaciones se dan más en los entornos laborales, se dan por la absorción o contacto con sustancias como plaguicidas, insecticidas, fungicidas, herbicidas...

En este caso, el tóxico puede llegar por absorción, contacto o por inoculación.

Los ácidos y las bases son sustancias más peligrosas, ya que pueden ser cáusticas o corrosivas y ocasionan quemaduras muy dolorosas.

Si vamos a tratar un herido cáustico, debemos usar guantes para retirar la ropa contaminada, retiraremos también cualquier objeto que haya podido estar en contacto con el tóxico, como relojes, anillos, etc. Lavaremos con abundante agua por lo menos durante 15 minutos, con poca presión, y trataremos la herida como si fuera una quemadura.

COMO MEDIDAS GENERALES:

En estos casos antes de auxiliar a la víctima debemos estar seguros y protegernos nosotros mismos para evitar riesgos. Debemos comprobar la permeabilidad de las vías respiratorias, la respiración y el pulso. Si fuera necesario iniciaremos una RCP, si respira, colocaremos a la víctima en posición lateral de seguridad.

Debemos evitar que siga absorbiendo el tóxico, con lavados abundantes durante 20 minutos con agua o suero fisiológico en los ojos. Si el contacto es cutáneo retiraremos la ropa y lavaremos con agua y jabón la piel. Si la intoxicación ha sido por inhalación, retiraremos a la víctima de la fuente y aplicaremos oxígeno puro.

En las intoxicaciones por ingestión oral descontaminaremos el tubo digestivo con carbón activado, o haremos un lavado gastrointestinal.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto las intoxicaciones se pueden dar por diversas vías, la más común es por la vía oral o digestiva, ya que podemos comer alimentos contaminados, beber productos tóxicos que estén mal etiquetados por confusión, si hemos estado manipulando algún tipo de producto tóxico y luego hemos tocado un alimento sin lavarnos las manos... Son acciones muy comunes que nos pueden llevar a la intoxicación digestiva.

En el caso de la respiración por inhalación, la más peligrosa es cuando inhalamos gas, ya que la víctima no es consciente ni percibe que se esté intoxicando.

Las intoxicaciones por vía cutánea son más comunes en el mundo entorno laboral en el que tengan productos químicos, las sustancias más peligrosas son los ácidos y las bases.

Al aplicar los primeros auxilios a cualquier víctima, en primer lugar debemos valorar la situación, para no correr riesgos nosotros mismos.

Después ayudaremos al herido con una actuación u otra dependiendo de la intoxicación que esté sufriendo.

Seguiremos siempre las indicaciones pautadas por los médicos.

6 Bibliografía

Enlaces consultados: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272003000200007&script=sci_arttext&tlng=pt http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-52562010000100009&script=sci_arttext <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v26s1/ocho.pdf>

Experiencia laboral:

- . Residencia de la tercera edad Paseo de la Cuba, la Roda. Albacete.
- . Residencia de la tercera edad Fonda Oriental, la Roda. Albacete.
- . Residencia de mayores Las Viñas, Albacete.
- . Residencia de mayores Nuñez de Balboa. Albacete.
- . Centro de Atención Especializada de personas con discapacidad, CADIG ABENGIBE, La Piedra Encantada.
- . Residencia de mayores Orpea. Alicante.
- . Residencia de mayores Vista Sol. Alicante.
- . Hospital General Universitario de Albacete.

Capítulo 238

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA TERAPIA POR ELECTROCHOQUE A LO PACIENTES

LAURA MARTÍNEZ CANTOS

MARÍA CONCEPCIÓN TENDERO AVILA

CARMEN RUIZ RUIZ

CRISTINA GARCÍA BLANCO

MARIANGELES IBÁÑEZ GUERRERO

1 Introducción

Una convulsión tónico-clónica generalizada se induce con los fines terapéuticos durante la terapia electroconvulsiva, que se realiza en el campo de la psiquiatría. Como resultado, se necesita el equipo de alta calidad para este tratamiento. Como es multidisciplinario, se debe incluir al psiquiatra, al anestesiólogo y a la enfermera realizada bajo la sedación y con la breve relajación muscular. Aunque actualmente se le usa para episodios maníacos, psicosis aguda y episodios depresivos mayores bipolares o unipolares, la esquizofrenia es la principal indicación para ello. Además, se puede tener en cuenta para las afecciones como la epilepsia resistente al tratamiento, la enfermedad de Parkinson y el síndrome neuroléptico maligno.

La alternativa de estas patologías es esta. No existen contraindicaciones absolutas, pero sí las encontramos algunas con: patologías cardiovasculares y cerebrales, riesgo de hemorragia, aneurismas, procesos degenerativos óseos severos, alteraciones endocrinas y riesgo anestésico. Esta terapia te ayuda a poder reducir el riesgo de fracturas óseas provocadas por la intensa actividad motora de la que se produce durante las convulsiones. Los riesgos y efectos secundarios de la terapia electroconvulsiva dependen de los problemas de la salud previos a la del paciente, depende de la edad, la susceptibilidad individual, y la cantidad de tratamientos, etc.

2 Objetivos

Describir lo que implica la terapia electroconvulsiva y lo que hace un técnico en cuidados auxiliares de enfermería en estos casos.

3 Metodología

La investigación que condujo al desarrollo del presente trabajo incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Las tres principales bases de datos, Pubmed, Medline y Scielo, se han utilizado para seleccionar artículos y realizar una búsqueda exhaustiva de libros.

4 Resultados

El personal psiquiátrico determina el número y la frecuencia de las sesiones del paciente. Por lo general, se llevan a cabo dos o tres veces por semana cuando se trata de una situación aguda. Las sesiones de Terapia Electroconvulsiva también pueden ser de las siguientes dos variedades:

- El objetivo de la continuación es prevenir las recaídas y garantizar un mejor resultado del tratamiento agudo.
- El mantenimiento: En esta fase, la terapia se continúa a intervalos regulares o irregulares, posiblemente por el resto de la vida.

Los riesgos y efectos secundarios de la terapia electroconvulsiva dependen de la edad del paciente, susceptibilidad personal, condiciones médicas previas y otros factores de resultados potenciales.

También pueden ocurrir los siguientes efectos secundarios de esta terapia: mialgia, apnea prolongada provocada por el uso de relajantes musculares, náuseas,

vómitos, confusión, inquietud, deterioro cognitivo y dolor de cabeza. Se aconseja el uso de técnicas que intensifiquen las crisis convulsivas, como por ejemplo:

- Disminuir la dosis de fármacos anestésicos y anticonvulsivantes.

Si necesita detener los efectos de las benzodiazepinas, use flumazenil.

- Usar anestésicos menos potentes o hiperventilación previa para reducir los efectos secundarios.

Los deberes principales del auxiliar de enfermería incluyen lo siguiente:

- Dar la bienvenida al paciente y brindar atención ambulatoria.
- Verificar la seguridad del dispositivo y completar exámenes preoperatorios y formularios de consentimiento.
- Procurar que el período de ayuno sea de entre 6 y 8 horas.
- Suspender la medicación contraindicada y administrar la prescrita.
- Verificar si hubo higiene bucal y ducha preoperatoria.
- Preparar al paciente entregándole una bata quirúrgica y los electrodos que necesita para su electrocardiograma y electromiograma. También se deben quitar las joyas, las prótesis y el maquillaje.
- Seguimiento y registro de signos vitales previos.
- Registro y control de peso semanal.
- Sugerir micción previa y vaciado rectal.

5 Discusión-Conclusión

Desde el siglo XX, la terapia electroconvulsiva se ha utilizado en el campo de la psiquiatría para tratar afecciones que involucran convulsiones tónico-clónicas. Actualmente, se dispone de relajación muscular y anestesia general a mayor nivel de seguridad y bienestar a este método. El auxiliar de enfermería juega un papel crucial en la capacidad del equipo de salud para brindar al paciente un cuidado de calidad, ya que es el encargado de planificar, desarrollar y supervisar la terapia. Debes tener una formación adecuada para poder cuidar a estos pacientes, además de realizar cursos de formación y seguir el protocolo de cada centro sanitario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 239

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE LA IRRITACIÓN POR PAÑALES EN BEBÉS

LAURA MARTÍNEZ CANTOS

MARÍA CONCEPCIÓN TENDERO AVILA

CARMEN RUIZ RUIZ

CRISTINA GARCÍA BLANCO

MARIANGELES IBÁÑEZ GUERRERO

1 Introducción

El eritema o dermatitis de pañal, es una irritación común de la piel en el que aparecen áreas redondeadas de piel inflamada en la zona de los glúteos y zonas limítrofes al área genital. En ocasiones puede relacionarse con la ampliación del tiempo de exposición de la piel del bebé con el pañal húmedo, depende también del nivel de sensibilidad que el bebé posea en la piel.

El eritema de pañal o dermatitis se cura de manera simple con tratamientos fáciles de encontrar o de aplicar. Los principales síntomas que nos pueden inducir a pensar en un eritema son:

- Inflamación cutánea en zona de glúteos, muslos o zona genital.

- Picazón en dicha zona y sensibilidad cutánea.
- Irritación en la zona del pañal.
- Llanto, irritabilidad del bebé durante el cambio del pañal.

Pueden producirse casos en los que será esencial visitar al médico, los principales casos son:

- Cuando nos encontramos con un eritema, el cual produce episodios de fiebre.
- Cuando nos encontramos con una erupción que no es habitual.
- Cuando la erupción empeora o persiste en el tiempo después de haber aplicado el tratamiento oportuno.
- Cuando el eritema sangra, exuda o pica.
- Cuando el eritema produce quemazón e incluso dolor en el momento en el que el bebé orina o defeca.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo:

El principal objetivo de este trabajo es el de indicar las principales causas y métodos de prevención del eritema del pañal del recién nacido por un TCAE (Técnico en cuidados Auxiliares de Enfermería).

Como objetivo secundario:

Mostrar los cuidados a la madre para el cuidado de la piel del neonato.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Medigraphic, Cochrane o Google académico, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

Palabras claves: eritema, pañal, neonato y TCAE entre otras.

4 Resultados

Las principales causas que podemos encontrar por las que se producen los eritemas de pañal en el bebé pueden ser:

1. Excesiva expansión en el tiempo de un pañal húmedo o sucio: los bebés tienen la piel muy sensible, por lo que puede producirse sarpullido en el caso de dejar mucho tiempo los pañales mojados o sucios puestos. Este tipo de sarpullido se puede presentar si el bebé tiene deposiciones frecuentes o diarreas.
2. Por fricción o roce: La ropa muy ajustada o el propio pañal pueden producir roces en la piel del bebé y llegar a formar el sarpullido.
3. Por la aplicación de un producto nuevo: La sensibilidad en la piel del bebé puede reaccionar en el momento en el que realizamos un cambio en los productos de higiene o hidratación que se utilizan normalmente, como pueden ser toallitas, pañales, cremas, etc. Los ingredientes contenidos en los productos, tales como talcos o aceites, podrían producir un empeoramiento del problema.
4. Por el desarrollo de una infección micótica: La parte de la piel que se encuentra recubierta por el pañal tiene más riesgo de tener una infección, ya al ser más cálida y húmeda la convierte en el entorno perfecto para que se produzca una proliferación de bacterias y hongos. Este tipo de sarpullido infeccioso se suele producir en las zonas de los pliegues cutáneos, observándose puntos de un tono escarlata distendidos por las proximidades de estos pliegues.
5. Por el cambio en la alimentación: En el momento en el que a los bebés se les comienza a introducir los alimentos sólidos, la consistencia de las heces cambia, esto hace que el eritema del pañal se produzca con mayor probabilidad. Esto se produce porque al realizar cambios en la alimentación, también se puede producir un incremento de la cantidad de veces que el bebé defeca, produciendo que pueda estar más tiempo con el pañal sucio. En el caso de los lactantes, las diarreas se pueden producir por intolerancia a algún producto que haya comido la madre.
6. Por poseer una piel excesivamente sensible: Los bebés con la piel excesivamente sensible son más propensos a padecer este tipo de eritemas.
7. Por el uso excesivo de antibióticos: estos pueden desarrollar un sarpullido, ya que la ingesta de este fármaco hace que se elimine las bacterias que controlan la proliferación de los hongos. El uso de este medicamento también aumenta la posibilidad de padecer una diarrea.

En los lactantes, el hecho de que la madre ingiera este tipo de medicamento también puede producir un eritema en el bebé. Como podemos prevenir todas estas causas para evitar a nuestro bebé le salga un eritema del pañal:

- Los cambios de pañal se realizarán con frecuencia: desechar de manera inmediata a las deposiciones o las micciones en el pañal del bebé es una manera adecuada de prevenir este tipo de eritema. Los pañales desechables contienen una especie de celulosa absorbente que suele evitar que la humedad del pañal esté en contacto directo con la piel.

- Lava la zona de la piel en contacto con el pañal con agua tibia en cada cambio del mismo: El uso de toallitas húmedas también son ideales para la limpieza de la piel de la zona del pañal, utilizadas con suavidad para evitar roces hacen que la limpieza de la zona resulte eficaz. Pero la mejor limpieza es la realizada con agua y jabón suave.
- Secar la piel de la zona comprometida con suaves golpecitos mediante toallas: Si frotamos la zona con la toalla de manera consistente, lo que conseguiremos no es un mejor secado, sino un roce que sensibilice más la piel de nuestro bebé.
- Aplicando cremas o pomadas adaptadas para esa zona específica: La aplicación de manera frecuente de cremas, pomadas o ungüentos, hace disminuir la probabilidad de aparición de dermatitis. La vaselina o el óxido de cinc son sustancias de gran eficacia para la prevención o desaparición de dicha dermatitis.
- El ajuste adecuado del pañal: ajustar de manera adecuada el pañal evitando que le quede demasiado flojo o demasiado apretado es también una manera eficaz de evitar este tipo de eritemas, ya que tanto uno como otro puede producir roces en la piel que pueden llegar a desembocar en una dermatitis.
- Falta de pañal: Dejar la piel al aire libre es la mejor forma de hacer que esta se seque de manera natural evitando las rozaduras.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el eritema del pañal es un tipo de dermatitis que si no se controla de manera adecuada puede llegar a desembocar en una infección micótica que puede producir excesiva irritabilidad a nuestro bebé e incluso periodos de fiebre.

Por lo tanto, conocer las causas por las que se pueden desarrollar este tipo de dermatitis, así como conocer la forma de prevenirlas, puede ser esencial para que el bebé pueda poseer una piel saludable en la zona del pañal. La principal prevención es la educación, por lo que es imprescindible que durante el embarazo la madre se informe a través de los TCAE, o que su matrona o ginecóloga el informe de todas estas medidas de prevención para evitar este tipo de dermatitis.

6 Bibliografía

1. Sellarés Casas E, Moraga Llop FA. Infecciones cutáneas bacterianas. En: Moraga Llop FA, editor. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Vol. I. Barcelona: Esmon Publicidad SA; 2006.
2. Sladden MJ, Johnston GA. Common skin infections in children. BMJ. 2004;

3. Ribes C, Moraga FA. Recién nacido: lesiones cutáneas benignas transitorias. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos. Dermatología Pediátrica. Ed. Asociación Española de Pediatría; 2007. Disponible en <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-dermatologia>. 296
4. Monteagudo B, Labandeira J, León-Muiños E, Carballeira I, Corrales A, Cabanillas M, et al. Prevalencia de marcas de nacimiento y lesiones cutáneas transitorias en 1.000 recién nacidos españoles. Actas Dermosifiliogr. 2011

Capítulo 240

PRINCIPALES FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO

MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA

EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO

REMEDIOS LOZANO TALAVERA

1 Introducción

A petición de la Organización Mundial de la Salud, se realizó en 1987 la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, en dicha convención se acordó definir la Atención Primaria como una asistencia sanitaria que se califica de esencial, que debe ponerse al alcance de la población en general y que debe contar con la implicación de toda la sociedad que la sustentará con sus aportaciones económicas, vía impuestos.

En dicha conferencia se asentaron premisas, que a día de hoy permanecen inalterables:

1. El coste de la sanidad se debe financiar con recursos públicos, en dicha prestación la atención primaria ocupará un papel fundamental.
2. La prestación sanitaria se fundamentará en criterios científicos y sociales.

En España, tras la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, la atención primaria se integró en el Sistema Nacional de Salud. Definiéndose como el primer escalón de la prestación asistencial. Con los avances que en los últimos años se han realizado en sanidad, es fundamental priorizar la atención primaria, dotándola de los recursos necesarios para llevar a cabo una prestación asistencial de calidad. Partimos de que debe contar con equipos multidisciplinares y que la comunidad es su pilar fundamental. Es el puente entre la ciudadanía y la atención especializada.

En la actualidad en Atención Primaria se cuenta ya con equipos de profesionales multidisciplinares, dónde el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería está realizando una labor fundamental en atención primaria.

2 Objetivos

El objetivo primordial es incidir en las funciones que realiza el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en un centro de salud.

3 Metodología

Mediante las búsquedas en páginas científicas de internet sobre la atención primaria, sobre las funciones del TCAE. También se han realizado búsquedas en bases de datos como Pubmed, Elsevier y Scielo.

Revisiones bibliográficas sobre “TCAE ATENCIÓN”.

PRIMARIA”. Búsquedas sobre las zonas básicas de salud, estudios sobre la incidencia de la atención primaria en el sistema nacional de salud y sobre la integración de los TCAE en los mismos.

4 Resultados

Hasta hace relativamente poco tiempo en atención primaria no existía la figura del

TCAE, desde un tiempo a esta parte, sin embargo, dicha categoría se ha integrado en los equipos de atención primaria, como figura relevante. Mediante el presente trabajo, vamos a intentar realizar un resumen de cuáles son sus funciones en un centro de salud:

- El material del centro de salud requiere una revisión casi diaria, a fin de verificar que hay lo necesario en todas las consultas y en urgencias, encargándose de

solicitar aquello que falte para su reposición.

- En los carros de urgencias realizará la misma tarea, siendo ésta fundamental, ya que la dotación correcta de los carros en un servicio de urgencias garantiza la prestación asistencia. Reponiendo todo lo que se vaya agotando. En las tareas de reposición se incluye también todo lo relacionado con la farmacia, medicamentos por las distintas consultas. Revisión de caducidades, controlando los stocks y evitando que se caduquen sin ser utilizados.
- Recepción del paciente, tarea fundamental que va a garantizar una relación de confianza, empezando por la toma de constantes vitales. El TCAE se encargará también de la preparación de vacunas, que deberán estar debidamente refrigeradas.
- Una vez realizado el conteo del material, se encargará de realizar la propuesta de pedido, y su colocación una vez recibido.
- El TCAE se encargará de llevar el material a esterilización, colaborando en dicha tarea y también en la de desinfección.
- Lavandería: colabora en el traslado de la ropa a lavandería y en su posterior distribución por el almacén.
- El TCAE se integrará en el equipo de atención primaria, colaborando también en determinados procesos asistenciales y en la preparación de tubos para análisis clínicos. No olvidemos que la labor de extracciones se realiza en atención primaria desde hace años.
- Apoyo al personal asistencial, facultativos y enfermeros en las curas, en la puesta y retirada de sondas, apoyo al dentista en salud bucodental, colocando la instrumentalización.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión final es que la introducción del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el equipo de atención primaria ha sido un acierto, porque realiza importantes tareas de apoyo al resto de categorías profesionales que trabajan en los centros de atención primaria.

Su participación permite una mejor prestación asistencial, ocupándose de la recepción del paciente, labor que hasta su llegada estaba muy relegada y que se ha mostrado imprescindible para integrar al usuario en el sistema, logrando igualmente un acercamiento con el paciente.

Se prevé ampliar la presencia del Técnico en cuidado auxiliar de enfermería en los centros de salud.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-bibliografica-sobre-las-competencias-de->
2. <https://www.aetesys.es/que-hace-la-tecnico-en-enfermeria-en-atencion-primaria/>
3. <https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2022/06/iii-congreso-nacional-tcae/comunicacion-escrita-iii-congreso-nacional-tcae/CONGRESOFNN-FUNCIONESTCAEENATENCIONPRIMARIA.ANAVANESSALUCASLORE NZO.pdf>
4. <https://enfermeria.top/apuntes/tcae/actividades-tcae-atencion-primaria/>

Capítulo 241

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES DIABÉTICOS

EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO

MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA

REMEDIOS LOZANO TALAVERA

LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica en la que los niveles de azúcar en la sangre aumentan debido a la incapacidad de ingresar a las células.

Estos niveles altos de azúcar en la sangre son causados por el páncreas, que no secreta o produce muy poca cantidad de una hormona llamada insulina.

El control adecuado de los niveles de insulina es fundamental y, si no se controla adecuadamente, puede provocar problemas neurológicos y circulatorios a lo largo de los años, que afectan los ojos, los riñones, la circulación, el sistema nervioso y más.

Para regular el azúcar en sangre (glucosa) es fundamental una alimentación adecuada y actividad física diaria.

Dividido en tres tipos: Tipo 1, tipo 2 y gestacional.

Diabetes tipo 1:

Puede ocurrir a cualquier edad y es más común en niños y adolescentes. En este trastorno, el cuerpo produce poca o ninguna insulina. Esto se debe a que las células del páncreas que son responsables de producir insulina dejan de funcionar. Se requieren inyecciones diarias de insulina.

Diabetes tipo 2:

Esta condición es más común y suele aparecer en la edad adulta. Algunas personas no saben que tienen esta afección y el cuerpo se vuelve resistente a la insulina y no puede usarla de manera efectiva.

La diabetes gestacional es un nivel alto de azúcar en la sangre que puede desarrollarse en cualquier momento durante el embarazo en mujeres que no tienen diabetes.

Síntomas:

Visión borrosa, sed excesiva, fatiga, micción frecuente, Hambre, pérdida de peso. Debido a que la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente, algunas personas con niveles altos de azúcar en la sangre no presentan síntomas.

Los síntomas de la diabetes tipo 1 aparecen en un corto período de tiempo. Diagnóstico de glucemia en ayunas y tolerancia oral a la glucosa. Azúcar en sangre a cualquier hora del día.

2 Objetivos

Los objetivos primarios del tratamiento se centran en prevenir la descompensación aguda y la presencia de complicaciones para disminuir la morbilidad.

Además, incluyen mejorar la calidad de vida a través de un excelente control glucémico y de los factores de riesgo vascular, teniendo en cuenta también el riesgo de hipoglucemia en pacientes de edad avanzada. Es crucial reevaluar este riesgo cada dos o tres meses.

Para que los pacientes con esta condición crónica reciban una atención eficaz, los auxiliares de enfermería deben cumplir con sus funciones diarias.

3 Metodología

Se ha consultado en revisiones sistemáticas, bases de datos biomédicas, en diferentes revistas y webs especializadas, como Pubmed, Elsevier y Scielo, así como nuestra propia experiencia personal.

Además de la búsqueda en bases de datos, también se ha realizado una búsqueda exhaustiva en diferentes medios digitales, páginas de internet, blogs de salud.

Tras el análisis de la información obtenida, se ha obtenido la siguiente información relevante para la realización del artículo.

4 Resultados

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 422 millones de personas en todo el mundo tienen diabetes y, para 2030, las muertes por diabetes podrían duplicarse.

El diagnóstico y la detección temprana son fundamentales en todos los tipos de diabetes, y la atención a este tipo de paciente debe brindarse de manera muy específica, ya sea en hospitales, clínicas, residencias de ancianos o en el hogar. Mantener niveles altos de azúcar en sangre causa daños silenciosos a muchos tejidos, el corazón, el cerebro, los riñones, la visión (retina) y, en general, el sistema vascular y las arterias.

Por tanto, el diagnóstico debe realizarse lo más precozmente posible para retrasar estas complicaciones.

La diabetes tipo 2, que afecta al 90% de los adultos con diabetes, se puede prevenir mejorando el estilo de vida, la dieta y la actividad física.

Con enfermedades crónicas y calidad de vida, especialmente diabetes, es muy importante cumplir con el plan de tratamiento establecido por su médico.

También es importante que las personas con diabetes controlen la hiperglucemia, o niveles elevados de azúcar en sangre, para evitar complicaciones asociadas con un mal control de la enfermedad y muy importante el control de cualquier herida sobre todo en los pies que podrían tener una complicación grave.

Los resultados demuestran una gran importancia y diversa de complicaciones de salud que experimentan a lo largo del tiempo los diabéticos mal controlados.

Sin embargo, la atención del auxiliar de enfermería a los diabéticos no se limita a la parte clínica.

También es muy importante la empatía de los asistentes de atención, e incluso la pedagogía que enseña a las personas con diabetes de todo tipo a lograr un mejor control de la enfermedad y calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados de auxiliar enfermería debe brindar cuidados muy específicos a este tipo de pacientes, ya que es el profesional que está más cercano al paciente, ya sea en un hospital, centro de salud o residencia de ancianos, centro de día o en su propio domicilio.

La atención asistida por auxiliares de enfermería a personas con diabetes no se limita al segmento clínico. También es importante la empatía del auxiliar de enfermería, e incluso la educación que proporciona a determinados tipos de diabéticos, así como la alimentación, la higiene, el ejercicio (caminar, nadar, etc.), con el objetivo de controlar mejor la enfermedad y que tenga mayor calidad de vida.

6 Bibliografía

Congreso internacional telemedicina 2016.files.wordpress.com <https://congresosicepa.com/tcae-pacientes-diabeticos/>
<https://www.ifp.es/blog/el-auxiliar-de-enfermeria-y-el-cuidado-de-la-diabetes>

Capítulo 242

EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y EL INFARTO DE MIOCARDIO

MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA

LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO

REMEDIOS LOZANO TALAVERA

EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO

1 Introducción

La cardiología es la especialidad médica que estudia la anatomía, la fisiología y las enfermedades del corazón.

Un cardiólogo es alguien que se especializa en diagnosticar y tratar enfermedades del corazón. Sin embargo, hay muy pocos cardiólogos para hacer todo lo relacionado con las enfermedades del corazón.

Tener un equipo multidisciplinar es muy importante y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) juega un papel importante.

El infarto de miocardio es una enfermedad caracterizada por la muerte parcial del músculo cardíaco debido a la obstrucción completa de los vasos sanguíneos, cuando la sangre se coagula, se bloquea.

En las mujeres, la enfermedad se presenta diez años más tarde que en los hombres, esto se debe a que las hormonas del embarazo protegen contra el riesgo de enfermedades cardíacas.

Actualmente hay 52.000 ingresos cardíacos cada año, sin contar los que mueren antes de llegar al hospital. El índice ha disminuido ligeramente en los últimos años y se mantiene estable.

Ciertos factores pueden hacer que las arterias se dañen y se cierren, como fumar, el colesterol, el azúcar y la presión arterial alta, que pueden endurecer el corazón. Actualmente existe un aumento de las tasas de infarto entre los adolescentes en España, y este aumento está relacionado con el consumo de drogas. Cuando vemos un infarto por debajo de los 40 años siempre se mira si hay cocaína en el organismo.

Son varios los síntomas dolor intenso en el medio del pecho que se irradia a los brazos (especialmente al lado izquierdo), el cuello y la espalda. Dolor severo y prolongado en el pecho, dientes y mandíbula, dificultad para respirar, sudoración, sarpullido, mareos, náuseas, vómitos y fatiga en el 10 por ciento de los casos.

Existen muchos tipos de enfermedades del corazón, por lo que el equipo de atención debe ser especializado, incluyendo médicos, enfermeras y técnico en cuidados de enfermería que siempre está en ese equipo multidisciplinar.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del TCAE en el área cardíaca.
- Conocer los síntomas más frecuentes.
- Explicar cómo detectar que está ocurriendo un infarto.
- Explicar cómo actuar ante una parada cardiorrespiratoria.
- Explicar cómo prevenir el infarto.
- Conocer las causas del infarto de miocardio.

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 importancia de la cardiología en nuestro país se debe a que más de 10 millones de personas en todo el mundo padecen enfermedades y afecciones relacionadas con el corazón, y más de 17 millones de personas mueren por enfermedades del corazón cada año.

Cuando se sufre un infarto de miocardio no siempre se conoce la causa de dicho infarto. Suelen ocurrir:

- Mientras el paciente descansa o duerme.
- Después de un aumento repentino de la actividad física.
- Cuando hace mucho frío.
- Aparición repentina de estrés físico o mental severo.
- Cuando el suministro de sangre al corazón está bloqueado o severamente reducido. Esto es causado por una acumulación de grasa, colesterol y otras sustancias en las arterias del corazón.
- A veces los niveles de colesterol bajan y se forman coágulos de sangre, bloqueando el flujo sanguíneo. El bloqueo del flujo sanguíneo puede dañar o romper parte del músculo cardíaco.

Qué hacer si se cree que se está teniendo un ataque al corazón:

- Consultar al médico y obtener ayuda de inmediato.
- Llamar al 112.
- Tomar la nitroglicerina según las indicaciones del doctor.
- Tomar aspirina según lo prescrito por el médico.
- Factores de riesgo más comunes son:

Hombres mayores de 45 años, mujeres mayores de 55 años.

- Fumar. Esto incluye el tabaquismo y el tabaquismo crónico.
- Presión arterial alta. Con el tiempo, la presión arterial alta puede dañar las arterias que van al corazón. El riesgo aumenta si el paciente tiene presión arterial alta y otras afecciones médicas como obesidad, colesterol alto o diabetes.
- Colesterol o triglicéridos altos. Los altos niveles de colesterol LDL (el colesterol "malo") pueden obstruir las arterias. Los altos niveles de ciertas grasas (llamadas triglicéridos) en la sangre pueden aumentar el riesgo de enfermedad cardíaca.
- Grasas. Se ha relacionado con presión arterial alta, diabetes, triglicéridos altos o colesterol malo y colesterol bueno bajo.
- Diabetes. El nivel alto de azúcar en la sangre aumenta el riesgo de enfermedades

del corazón.

- Enfermedades metabólicas. Estas condiciones incluyen las siguientes tres condiciones: circunferencia de cintura grande (obesidad), presión arterial alta, colesterol bajo, triglicéridos bajos y azúcar en sangre alta. Las personas con síndrome metabólico tienen el doble de probabilidades de desarrollar enfermedades del corazón que las personas sin síndrome metabólico.
- Tener antecedentes familiares de enfermedades cardíacas aumenta el riesgo de enfermedades cardíacas.
- Falta de conocimiento. Inactividad física (sedentarismo).
- Comida chatarra. Las grasas, los alimentos procesados, las grasas saturadas y la sal aumentan el riesgo de enfermedades cardíacas.
- Presión. El estrés, como la ira, aumenta el riesgo.
- Consumo de drogas. La cocaína y la metanfetamina son estimulantes. Puede conducir a la enfermedad de las arterias coronarias.
- Historial médico pasado. Estos trastornos también pueden causar sangrado durante el embarazo.

• Enfermedades autoinmunes. Afecciones como la artritis reumatoide o el lupus aumentan el riesgo de enfermedades del corazón.

Los medicamentos más comunes para estos pacientes son:

- Estatinas: Reducen el colesterol en sangre.
- Ácido acetilsalicílico: Previene la acumulación de placa en las arterias.

Betabloqueantes: Disminuyen la presión arterial y mejoran el flujo sanguíneo. Es menos probable que su corazón lata con fuerza mientras usa este medicamento.

- Anticoagulantes: Previenen la formación de coágulos de sangre y plaquetas.
- Vasodilatadores: Relajan los vasos sanguíneos, aumentando el suministro de sangre y oxígeno al corazón.

Diuréticos: eliminan el exceso de agua y sodio.

Tratamientos quirúrgicos en algunos casos son:

Consiste en colocar material de malla (stents) en las paredes de las arterias coro-

narias para permitir que la sangre fluya adecuadamente. Arterias que pasan por las extremidades (la arteria femoral en el muslo o la arteria radial en el antebrazo), catéteres (tubos, generalmente largos, delgado y flexible), como conducto para colocar el stent en las arterias coronarias.

Actividad del fármaco: el agente liberador del fármaco previene la obstrucción del stent durante meses o años después de la implantación. Los pacientes que utilizan stents deben tomar agentes antiagregantes para evitar el riesgo de formación de coágulos sanguíneos.

Funciones que realiza el TCAE con el paciente en la unidad de cardiología:

- Una de las funciones del TCAE en el Servicio de Urgencias es detectar los cambios que puedan ocurrir en el paciente y sus necesidades y avisar al equipo médico lo antes posible porque están en contacto continuo con el paciente.
- Higiene de los pacientes.
- Movilizar al paciente y reposicionarlo si es necesario.
- Preparación de camas.
- Dar la comida a los enfermos.
- Apoyo al equipo médico durante una intervención, etc.

5 Discusión-Conclusión

Hay varios síntomas que se deben considerar en un paciente que llega a la sala de emergencias.

Dolor intenso y repentino en el pecho al hacer ejercicio.

Dolor en otras partes del cuerpo: mandíbula, cuello, espalda, brazo izquierdo, abdomen.

El dolor no desaparece con el reposo y la marcha y la respiración son diferentes.

Otros síntomas: mareos excesivos, sudoración, fatiga inexplicable, depresión, dificultad para respirar, náuseas y vómitos.

Para evitar un infarto se recomienda llevar una vida saludable, dejar de fumar y mantener una buena salud comiendo alimentos saludables, haciendo ejercicio, descansando y evitando el estrés.

En el Departamento de Hemodinámica encontramos cardiólogos en Hemodinámica y Cardiología Intervencionista con amplia experiencia en cardiopatía isquémica, enfermería y TCAE.

El TCAE siempre ayuda al paciente a posicionarlo, realizar los preparativos necesarios y mantener los materiales limpios, desinfectados y esterilizados. Esta en continuo contacto con el paciente.

El TCAE tiene muchas tareas en el campo de la cardiología, lo cual es muy importante ya que se preocupa por la salud del paciente y cuida a la familia mientras está en el hospital.

6 Bibliografía

1. <https://cardioalianza.org/las-enfermedades-cardiovasculares/infarto-de-miocardio/>.
2. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/infarto-miocardio.html>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000195.htm>.
4. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/heart-attack/symptoms-causes/syc-20373106>.

Capítulo 243

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE FARMACIA. FUNCIONES DEL TCAE EN LAS DISTINTAS ÁREAS QUE CONFORMAN EL SERVICIO DE FARMACIA

ANTONIA MARTÍNEZ CANO

LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE

VANESA ROMAN SEGURA

M^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN

1 Introducción

Se entiende farmacia hospitalaria como el servicio que proporciona fármacos y productos sanitarios al resto de servicios que conforma un centro hospitalario. Generalmente, las farmacias hospitalarias de aquellas instituciones sanitarias que son centros de referencia para otros centros de salud, consultorios locales, residencias de personas de tercera edad e instituciones sanitarias de salud mental o enfermedades neurológicas, serán las encargadas de administrar y proporcionarles fármacos, productos sanitarios y sueros a estas instituciones.

Es frecuente que en el servicio de farmacia se encuentren cinco categorías profesionales desarrollando su actividad profesional en este servicio. Dichas categorías son:

- Auxiliares administrativos. Estos profesionales serán los encargados de que se encuentre en stock todos los fármacos solicitados por las diferentes unidades del centro hospitalario, para lo cual, comprobarán el stock solicitando mayor número de fármacos a los laboratorios.
- Celadores. Estos profesionales serán los encargados de preparar los pedidos de sueros y trasladar la medicación desde el servicio de farmacia al resto de unidades.
- Celadores conductores. Estos profesionales serán los encargados de trasladar la medicación, material sanitario y sueros a los centros asignados al centro hospitalario.
- Técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Estos profesionales serán los encargados de proporcionar la medicación solicitada.
- Farmacéutico. Estos profesionales serán los encargados de supervisar el trabajo del resto de profesionales, así como de proporcionar aquellos fármacos más peligrosos como pueden ser: farmacología, citostático, psicotrópicos...

2 Objetivos

- Conocer la funcionalidad del servicio de farmacia dentro de un centro sanitario.
- Enumerar las áreas que conforman el servicio de farmacia de un centro hospitalario.
- Detallar las funciones ejecutadas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en las diversas áreas del servicio de farmacia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Funciones de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería según el área en la que se encuentre dentro del servicio de farmacia.

- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la puerta.

Será el encargado de suministrar la medicación solicitada a las unidades del centro hospitalario, los fármacos solicitados por el sistema informático dentro del botiquín, urgencia o por fuera de turno.

El TCAE de la puerta de farmacia se ocupará de preparar la medicación solicitada durante los cinco fuera de turnos de farmacia existentes en el centro sanitario. (Esta organización podrá variar de un centro sanitario a otro).

El TCAE de la puerta de farmacia será el encargado de registrar los ciclos de quimioterapia (fármacos citostáticos) trasladados por el celador asignado al hospital de día de oncología o por el celador de la planta de hospitalización de oncología.

- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería de pyxis.

El TCAE de los pyxis de farmacia será el encargado de comprobar el estado de los pyxis de las diferentes unidades con este sistema de administración de medicamentos y reponer los fármacos inexistentes.

Los pyxis se encontrarán en: o Servicio de urgencias. o Unidad de cuidados intensivos. o Bloque quirúrgico. o Aquellas plantas de hospitalización cuyo acceso al servicio de farmacia sea limitado.

- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la campana de farmacia.

El TCAE de la campana de farmacia será el encargado de proporcionar al equipo de enfermería y farmacéuticos al material necesario para la preparación de nutriciones enterales y ciclos de quimioterapia.

- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la farmacia hospitalaria para pacientes externos.

El TCAE de la consulta externa de farmacia será el encargado de administrar medicación a los pacientes ambulantes que acuden al servicio con su volante y tarjeta sanitaria.

- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los carros de unidosis.

El TCAE de los carros de unidosis será el encargado de preparar los carros de unidosis de todas las plantas de hospitalización del centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de farmacia. Funciones del tcae en las distintas áreas que conforman el servicio de farmacia” nos demuestra las funciones llevadas a cabo por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en cada una de las áreas que conforman el servicio de farmacia de un centro hospitalario.

Es importante destacar que actualmente existe una titulación académica de formación profesional de técnico auxiliar de farmacia, los cuales son preparados académicamente, disponiendo de un período de prácticas en centros hospitalarios y farmacias privadas, sin embargo, en el ámbito sanitario no existe esa figura y son los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería los encargados de realizar dichas funciones.

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 244

RECOMENDACIONES PARA TRATAR CON PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

EDUARDO FERNÁNDEZ GUERRA

1 Introducción

El TEA más comúnmente conocido como trastorno del espectro autista, es un tipo de trastorno del neurodesarrollo. Su aparición suele producirse en etapas tempranas, en torno a los 3 años de vida, y presenta diferentes niveles de desarrollo. Este tipo de trastorno afecta principalmente a la comunicación y al comportamiento que muestra el individuo a través de sus conductas e intereses repetitivos y restringidos. Un ejemplo de un tipo de trastorno del espectro autista es el síndrome de Asperger.

Como hemos mencionado anteriormente, presente diferentes grados de afectación y un intervalo amplio de manifestaciones, de entre las cuales solo podemos destacar unas pocas. Los pacientes con TEA pueden presentar los siguientes comportamientos y conductas:

- Dificultades en la comunicación y las relaciones sociales.
- Comportamientos repetitivos.

De entre los cuales se encuentran: contacto visual escaso o inexistente; problemas a la hora de expresar sus emociones; inconvenientes para comprender las expresiones de los demás; dificultades para llevar a cabo una conversación bidireccional; estereotipias motrices; presentar ininterés desmesurado hacia un objeto determinado que no generalmente llama la atención de los niños; repetición de palabras que acaban de escuchar; contrariedad a los cambios que pueden sufrir en

su rutina; en determinadas situaciones suelen desarrollar habilidades especiales que les hacen destacar en ámbitos como el científico o el artístico.

2 Objetivos

Informar sobre una serie de recomendaciones a seguir a la hora de realizar cuidados a pacientes que padezcan trastorno del espectro autista.

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 el trastorno del espectro autista no existe una cura como tal de este tipo de patología, pero, por otro lado, sí que se emplean diferentes fármacos para el control de algunos de sus síntomas como pueden ser la hiperactividad, ansiedad, nerviosismo... Para este tipo de enfermedad también se suelen emplear terapias conductuales y estrategias de apoyo al paciente y a la familia. Además, es de vital importancia que se realice un seguimiento estricto por parte de los diferentes especialistas en psiquiatría, neuropsiquiatría o psicología.

A continuación, vamos a nombrar una serie de recomendaciones a seguir para poder tratar con pacientes y que de esta forma se le puedan aplicar todo tipo de cuidados:

- Procurar comunicarse con el paciente con TEA en un ambiente tranquilo y relajado, evitando en la medida de lo posible todo tipo de interferencias y estímulos que afecten a la capacidad de concentración del paciente.
- Intentar mantener conversaciones cortas, sencillas y con un mensaje claro. Se deben de evitar la aplicación de tecnicismos o el uso de un amplio intervalo de palabras y conceptos, además de las frases con doble significado y vaguedades.
- No emplear ni el sarcasmo ni las bromas... Esto se debe a que la mayoría de las personas que padecen trastorno del espectro autista interpretan las palabras de forma literal.

- Tomar como referencia los métodos o estrategias que emplean la familia o las diferentes personas que constituyen su entorno. La familia y su entorno nos puede aportar información esencial para poder mantener con el paciente una comunicación adecuada y una relación óptima.
- Tenemos que saber que el paciente puede que precise de cierto tiempo para comprender la información que le hemos transmitido o que sea necesario repetírselo de forma reiterada. También se puede dar el caso de que no logremos captar su atención, en ese caso podemos emplear gestos, alternar palabras...
- Muy importante respetar sus silencios, sus rutinas y sus objetos.

5 Discusión-Conclusión

Esta serie de recomendaciones nombradas anteriormente nos pueden servir de guía a la hora de tratar con pacientes que padecen de trastorno del espectro autista, principalmente son útiles para llevar a cabo la práctica de sus cuidados tanto en cualquier centro sanitario como en el propio domicilio.

Este tipo de enfermedad requiere de una gran capacidad de adaptación por parte del personal sanitario y su familia o entorno a las diferentes situaciones que puedan desarrollarse, ya que como hemos mencionado, es un trastorno con un amplio rango de conductas y comportamientos diferentes.

Es importante recalcar la importancia de la familia, porque puede servir al personal sanitario como fuente de información para poder entablar una buena relación con el paciente con TEA.

6 Bibliografía

1. Trastorno del espectro autista [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001526.htm>.
2. De G, Clínica P, El EN. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria [Internet]. Guiasalud.es. [citado el 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_462_Autismo_Lain_Entr_compl.pdf.

Capítulo 245

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN MEDICINA INTERNA Y MEDICINA GENERAL

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

ESTRELLA TALENS GONZALEZ

ANA M TORIJA BARRAGÁN

1 Introducción

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) son miembros valiosos del equipo de atención médica que trabajan en estrecha colaboración con enfermeros y médicos para garantizar la atención y el bienestar de los pacientes. En servicios de Medicina Interna y Medicina General, su papel es particularmente crucial debido a la variedad de pacientes y condiciones que se atienden.

Los TCAE desempeñan un papel esencial en la atención médica al brindar apoyo a los profesionales de la salud y cuidados a los pacientes. A través de este análisis, se explorarán las contribuciones clave de los TCAE en estos campos, así como los desafíos y oportunidades para mejorar la eficiencia y calidad de la atención.

La medicina general es una especialidad que se va a enfocar en la atención médica integral de los pacientes de todas las edades y con una amplia variedad de condiciones médicas. Los médicos generales son profesionales de la salud que se dedican a la atención médica primaria. Los TCAE van a trabajar en estrecha colaboración con enfermeras y médicos. En la medicina general ambos roles van a

desempeñar importantes funciones en la atención médica y trabajan juntos para proporcionar cuidados de calidad e integral a la atención de los pacientes.

2 Objetivos

- Exponer las contribuciones que tiene el TCAE en medicina interna y en medicina general.

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 revisión bibliográfica de diferentes fuentes científicas y académicas como Google escolar o PubMed.

Se ha realizado una búsqueda de términos como "el TCAE en medicina interna" y "funciones y responsabilidades del TCAE en medicina general" entre otras.

4 Resultados

Las contribuciones que el TCAE va a realizar en medicina interna y en medicina general son:

1. Asistencia en procedimientos médicos:

Los TCAE son responsables de preparar el entorno y asistir en una variedad de procedimientos médicos, como extracciones de sangre, electrocardiogramas y administración de medicamentos.

2. Monitorización de pacientes:

Los TCAE pueden ayudar en la monitorización de signos vitales, lo que permite un seguimiento constante de la condición de los pacientes y una detección temprana de cambios.

3. Asistencia en movilidad:

Los pacientes en los servicios de Medicina Interna y Medicina General a menudo pueden tener dificultades para moverse. Los TCAE ayudan en la movilidad de los pacientes, previniendo la inmovilidad prolongada.

4. Atención personal y confort:

Los TCAE se encargan de la higiene y el confort de los pacientes, asegurando que sus necesidades básicas se cumplan.

5. Colaboración con enfermeros y médicos:

Los TCAE trabajan en equipo con enfermeros y médicos para proporcionar una atención integral y eficiente. Su comunicación y coordinación son esenciales.

Además de las siguientes funciones en el servicio de medicina general e interna, el TCAE se va a enfrentar a una serie de desafíos y oportunidades:

- Carga de trabajo:

Los TCAE pueden enfrentar una carga de trabajo intensa debido a la alta demanda de atención médica en los servicios de Medicina Interna y Medicina General. La gestión efectiva del tiempo y la priorización son esenciales.

- Capacitación y actualización:

Dado que las condiciones y los procedimientos médicos pueden variar ampliamente, es crucial que los TCAE reciban capacitación continua para estar al tanto de las mejores prácticas y avances médicos.

- Comunicación y colaboración:

La comunicación fluida con otros miembros del equipo de atención médica es esencial para proporcionar una atención coordinada y efectiva.

- Diversidad de pacientes:

Los pacientes en el servicio de Medicina Interna y Medicina General pueden presentar una variedad de condiciones y necesidades. Los TCAE deben ser capaces de adaptarse a estas diferencias.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE en los servicios de Medicina Interna y Medicina General es esencial para brindar atención médica de calidad y mantener el funcionamiento eficiente de los servicios de salud. Su contribución en la asistencia a procedimientos, la monitorización de pacientes y la atención personal es inestimable.

Para abordar desafíos como la carga de trabajo y la capacitación, es necesario invertir en formación continua y apoyo profesional. Al fortalecer el rol de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en estos campos, se puede mejorar la atención a los pacientes y contribuir a un sistema de salud más efectivo y humano para los pacientes.

6 Bibliografía

1. Palabras clave "medicina interna" y "medicina general".
2. Revistas científicas.
3. http://www.auxiliar-enfermeria.com/protocolos_tcae_1b.htm.

4. <https://revistamedica.com/medicina-interna-hospital-tcae/>.
5. <https://prezi.com/p/tz4oxbdpzz9v/el-tcae-en-medicina-interna-y-cirugia/>.

Capítulo 246

ÚLCERAS POR PRESIÓN, FACTORES DE RIESGO, MEDIDAS DE PREVENCIÓN (CAMBIOS POSTURALES), CLASIFICACIÓN DE LAS UPP, CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NOELIA GUARDIOLA JIMENEZ

MARIA EUGENIA GOMEZ AMADOR

1 Introducción

Una úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico producida por el daño tisular debido a una compresión prolongada de la piel entre una prominencia ósea y un plano duro.

También destacaremos úlcera iatrogénica, que es, una lesión ulcerosa producida por combinación de mecanismos de presión y roce secundarios, por el uso de sondas, mascarillas, cánulas, etc.

Las localizaciones más frecuentes de estas UPP son: fosa o aleta nasal por las SNG, meato urinario por las sondas vesicales, nariz y orejas por las gafas de O₂, mucosa y lengua por la intubación endotraqueal, generalmente son el resultado de una mala praxis profesional.

Estas lesiones presentan un importante problema de salud con repercusión socio-sanitaria: las sanitarias por la incidencia en la morbilidad y el aumento de riesgo de infecciones, y las sociales, por la influencia en la calidad de vida del paciente.

También hay que destacar las repercusiones económicas que conllevan las UPP. Se dice que el 95% son evitables, por lo que se debe contar con estrategias de educación y prevención.

Factores de riesgo que derivan a tener una UPP:

- Fisiopatológicos como consecuencias de diferentes problemas de salud.
- Derivados del tratamiento como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos.
- Situacionales como resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos, etc.
- De desarrollo relacionados con el proceso de maduración, tanto en niños, como en ancianos.

Una UPP puede producirse tanto por presión, fricción o cizallamiento (combina los efectos de presión y fricción).

Una presión superior a 32mm de Hg ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando la hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos. Por eso es muy importante llevar un plan de cuidados para cambios posturales, los cuales hará el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Posiciones más frecuentes:

- Decúbito supino.
- Decúbito lateral derecho.
- Decúbito lateral izquierdo.
- Decúbito prono.

Las medidas de prevención para las UPP son: mantener piel limpia y seca, el secado de ella debe ser sin frotar, vigilar el color de la piel, utilizaremos cremas hidratantes en las zonas de riesgo, evitar las arrugas en la cama, utilizar dispositivos como almohadas/cojines, taloneras y coderas...

Las clases de las UPP:

- Clase I: eritema cutáneo que no palidece en piel intacta (no desaparece a los 30 segundos de hacer presión) afecta a la epidermis.
- Clase II: se forman vesículas y flictenas, pérdida parcial del grosor de la piel, afecta a la epidermis, dermis o a ambas.
- Clase III: pérdida total del grosor de la piel, se presenta en forma de cráter profundo, hay lesión o necrosis subcutánea puede llegar a la dermis profunda e hipodermis, pero no a la fascia subyacente.

- Clase IV: pérdida total del grosor de la piel con destrucción del tejido profundo, necrosis del tejido o lesión del músculo, hueso o estructura de sostén, se formará un sinus con exudación importante, se deberá de retirar el tejido necrótico antes de determinar su estado.

2 Objetivos

Conocer los factores de riesgo de las UPP, educar tanto el personal sanitario como al paciente sobre la prevención de las UPP.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá proporcionarle una atención constante al paciente.

La planificación de cuidados del paciente se realiza en base a varios aspectos:

- Nivel de dependencia del paciente.
- Grupo de riesgo del paciente.
- Tipo de úlcera y grado.

Hay que tener también una serie de objetivos para la prevención de las UPP.

Mantener la piel íntegra, detección precoz de la úlcera por presión, eliminar factores de riesgo que favorezcan la aparición, favorecer la curación si aparecen dichas UPP, restablecimiento de la integridad cutánea, aumentar el bienestar del enfermo, disminuir las posibles complicaciones, conservar limpias e hidratadas las zonas de riesgo.

Habrà que identificar a los pacientes de riesgo, como norma general debemos de considerar a todos los pacientes que ingresen en nuestras unidades como de riesgo a padecer una UPP.

Con carácter general, se puede considerar la evaluación una vez por semana, también será necesario aplicar la valoración, además, cuando existan cambios en la situación del paciente que así lo aconsejen

El auxiliar de enfermería deberá de llevar a cabo un plan de cuidados para los cambios posturales en función de las necesidades del paciente, su movilidad, el aparato que tenga y su gravedad.

Dependiendo de la necesidad y capacidad del paciente las movilizaciones pueden ser:

Activas: aquellas que realiza el paciente bajo supervisión del profesional sanitario.

Pasivas: se realizan por el profesional sanitario sobre los distintos segmentos corporales del paciente, ya que el paciente no puede realizarlos por si solo

En los cambios posturales destacaremos sus finalidades:

- Cambiar el área de presión de forma rotativa.
- Conseguir una buena alineación de todas las partes del cuerpo.
- Aumentar la comodidad y bienestar del paciente.
- Impedir la aparición de contracturas y deformidades.
- Evitar la aparición de lesiones en la piel y tejidos subyacentes.
- Mantener el buen estado del sistema musculo-esquelético.
- Favorecer la función cardiovascular y respiratoria.
- Prevenir complicaciones genitourinarias y digestivas.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá planificar y ejecutar un plan de cuidados para los cambios posturales, para así poder prevenir las úlceras por presión.

También se valorará como se encuentra la piel cuando vayamos a hacer los cambios, estimularemos al paciente para que realice movimientos en la cama, no se harán ni arrastres ni fricciones, evitar apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones, etc.

Tener en cuenta las posturas que podrá adoptar el paciente, si lleva algún aparato que se lo impida, o que el médico haya prescrito el plan de cuidados para los cambios posturales, en tal caso el técnico en cuidados de enfermería se registrará bajo la prescripción médica.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- Pubmed

Capítulo 247

EL RECIEN NACIDO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

NOELIA GUARDIOLA JIMENEZ

MARIA EUGENIA GOMEZ AMADOR

1 Introducción

El concepto de neonato abarca 4 semanas desde el nacimiento. En este periodo, se produce una adaptación a la nueva vida fuera del útero. El neonato es sano cuando este proceso se realiza sin que se observan malformaciones, ni riesgos. Los primeros cuidados que reciben la nueva vida se realizan justo después del nacimiento en la unidad de paritorio por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería justo con el resto del equipo multidisciplinar que realiza sus labores en esta unidad.

El recién nacido debe poseer unos factores básicos para considerar que se encuentra dentro de la normalidad: Peso: entre dos kilos y medio y cuatro kilos. Longitud:

Entre 48 y 52 centímetros. En general, su cuerpo está cubierto de una sustancia blanquecina y grasa que recibe el nombre de vernix caseosa protegiendo la piel. Por otro lado, presenta lo que se conoce como lanugo que es un vello sobre las extremidades, el tórax y abdomen. El color de la piel en el momento del nacimiento es azulado, pero en unos pocos minutos se vuelve de color rosado. Los que se conoce como millos que son unos puntos blanquecinos aparecen en su cara, pero luego desaparecerán. Los ojos son en un primer momento azulados, pero será

al cabo de entre seis meses y un año cuando tengan el color que van a tener a lo largo de su vida. A nivel respiratorio, su frecuencia será de entre 30-60 respiraciones por minuto. Los ojos tienen un aspecto azulado, su color definitivo lo sabremos sobre los 6-12 meses. La frecuencia cardíaca será de entre 80 a 180 por minuto y la temperatura corporal alrededor de los 36°C.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

- Exponer los cuidados del TCAE al recién nacido.

Como objetivo secundario:

- Dar a conocer los procedimientos relacionados con los cuidados al neonato y la atención inmediata.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica a través de diversas bases de datos como Google académico y Scielo., además de tomar como base libros de técnicas básicas de enfermería, usando palabras claves como: recién nacido, cuidados al neonato y TCAE.

4 Resultados

En el momento de la expulsión del feto, el nuevo ser que ya nacido debe tener una valoración general e inicial por parte de la TCAE en el que se valora la respiración, ya que pasa de un estado acuoso a uno gaseoso y el hecho de que debe mantener la temperatura corporal porque hasta ahora era la madre la que le proporcionaba dicho calor.

En un primer momento, se realiza el conocido test de Apgar y se valora como se encuentra el cordón umbilical, la liberación de las fosas nasales y el ano así como el cuerpo por si presentara algún problema o anormalidad.

Según numerosos estudios promueven el contacto piel con piel como un mayor vínculo con los progenitores por ello desde la sala de partos se debe promover esta actividad junto a ello se favorece la lactancia materna natural, ya que el reflejo de la succión debe instaurarse de forma prematura iniciando la alimentación a las tres horas de nacer.

El recién nacido va a someterse a la conocida prueba del talón para determinar cualquier tipo de enfermedad metabólica y poder ser tratada con la mayor brevedad posible. A nivel ocular, se ofrece una pomada antibiótica para prevenir infecciones, ya que hasta ahora no había necesitado el sentido de la vista.

En caso de que se observen problema fisiológico el neonato se va a introducir en una incubadora que le permite encontrarse casi de la misma manera que en el útero materno. Es de color transparente y con varios orificios que conectan con el exterior y permiten al personal sanitario acceder a él sin tener que sacarlo de ella para realizar técnicas ya sean las propias del TCAE como asear o alimentar o cualquier otra. El método de canguro es importante para poder realizar el contacto piel con piel.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, se debe mantener un ambiente seguro y con las condiciones higiénico-sanitarias adecuadas para lograr evitar cualquier tipo de infección a la nueva vida que aún no ha desarrollado un sistema inmunológico que sea capaz de defenderse de los virus y bacterias. Los profesionales sanitarios y en concreto el TCAE debe realizar el correcto lavado de manos antes del contacto con el neonato y su entorno tal y como describe la Organización mundial de la Salud. Se trata de procurar la mayor asepsia posible.

Por lo tanto, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe recibir la formación adecuada para trabajar en las unidades de paritorio o de neonatos.

6 Bibliografía

1. Evangelina Pérez de la plaza. Ana María Fernández Espinosa. Técnicas básicas de enfermería. Ciclos formativos grado medio/
2. <http://scielo.isciii.es>. 3. <https://medineplus.gov>.
3. <https://revistamedica.com/actuacion-tcae-neonatologia/>

Capítulo 248

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE POR SONDA NASOGÁSTRICA

CORAL PARRA QUINTANILLA

1 Introducción

En este capítulo de libro se hablará sobre cómo debe realizar el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería la alimentación del paciente por sonda nasogástrica.

La sonda nasogástrica es un tubo generalmente de plástico flexible con diferente longitud y grosor que se introduce por la nariz del paciente hasta su llegada al estómago, de esto se encargará el equipo de enfermería.

En este caso se va a utilizar para la alimentación del paciente cuando le sea imposible ingerir alimentos. Además puede utilizarse para otros casos, para aspirar contenido del estómago y así poder analizarlo y para realizar una compresión en caso de hemorragia, en este caso la sonda llevará incorporado un balón inflable.

Antes de comenzar a realizar la alimentación por sondaje nasogástrico el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene que llevar a cabo una serie de normas, siempre antes de comenzar deberá comprobar la fecha de caducidad del envase, comprobará la fijación de la sonda, comprobará que la comida que vaya a dar se

encuentre a temperatura ambiente, antes de comenzar introducirá 30 cc de aire para verificar que la sonda es permeable, realizará la aspiración por la sonda con una jeringa de nutrición de 50 o 100 ml para comprobar que no tiene restos de comida, antes de comenzar elevará la cabecera de la cama del paciente a 45°, etc.

2 Objetivos

Conocer el modo de realización de la alimentación del paciente por sonda nasogástrica por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

3 Metodología

La metodología que se ha llevado a cabo para la elaboración de este trabajo ha sido la búsqueda de información en diferentes trabajos científicos así como la revisión de diferentes bases de datos como Google Académico, PubMed, Medline y Scielo, además de la visualización de libros como "Cuidados básicos de enfermería aplicados a las necesidades humanas A de Ilerna".

Se han excluido en la búsqueda los idiomas diferentes al castellano.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería será el encargado de administrar al paciente la alimentación por sonda nasogástrica, existen dos formas por las que puede realizarse este tipo de alimentación, uno es el bolus con jeringa y el otro la administración por gravedad o bomba, este último tan sólo lo citaremos dentro de los tipos existentes porque no es labor del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, sino del Diplomado Universitario en Enfermería (DUE).

Por lo tanto, en primer lugar el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberá preparar todo el material necesario.

Comenzará el proceso explicándole al paciente qué es lo que se le va a realizar, en este caso se llevará a cabo una nutrición enteral utilizando una jeringa que se conectará previamente a la sonda nasogástrica, después el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se lavará las manos, se pondrá los guantes y protegerá la cama del paciente con un empapador.

Después deberá verificar que la sonda está bien colocada y fijada, a continuación se debe comprobar que la sonda es permeable para que pueda circular a través de ella el alimento, por lo que se introducirán 20 o 30 cc de aire a través de esta.

A continuación cogerá la jeringa y aspirará el alimento líquido del envase, unirá la jeringa a la sonda y poco a poco irá administrando la alimentación.

Cuando se termine la administración se cargará la jeringa de 60 ml de agua y se realizará la higiene de la sonda nasogástrica para que no se obstruya.

En último lugar el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería recogerá todo el material utilizado, se quitará los guantes, se lavará las manos y anotará en la hoja de registro la técnica realizada y posibles incidencias.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer el papel que desempeña el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la alimentación del paciente o usuario por sondaje nasogástrico y cómo debe realizarlo, ya que como se ha descrito en los apartados anteriores hay algunos detalles muy importantes que se deben respetar y priorizar, como por ejemplo comprobar la permeabilidad de la sonda nasogástrica y realizar la limpieza de esta al finalizar la toma.

Gracias a este procedimiento se consigue mantener la nutrición del paciente o usuario que no puede ingerir alimentos de forma oral, consiguiendo así suministrar los nutrientes, calorías, vitaminas y minerales necesarios.

6 Bibliografía

1. Libro “Cuidados básicos de enfermería aplicados a las necesidades humanas –A-“ de “Ilerna Online S.L 2021”.
2. La alimentación por sonda nasogástrica. <https://dedicae.es/la-alimentacion-por-sonda-gastrica/>.

Capítulo 249

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE OFTALMOLOGÍA

LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA

TERESA SANCHEZ-DIEZMA

CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ

EUGENIA PARDO DE LA CUADRA

LUCIA SANTOS ESCALONILLA

1 Introducción

La consulta de oftalmología hospitalaria es un servicio médico especializado en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos oculares en un entorno hospitalario. Esta área de atención ocular se diferencia de la oftalmología general por su enfoque en pacientes con condiciones más graves o complejas que requieren una atención especializada. Aquí se describen algunas de las características y funciones clave de una consulta de oftalmología hospitalaria:

Atención de casos complejos: La oftalmología hospitalaria se enfoca en pacientes con enfermedades o lesiones oculares graves, como trauma ocular, glaucoma avanzado, retinopatía diabética avanzada y tumores oculares.

Diagnóstico avanzado: Utiliza tecnología de diagnóstico de vanguardia, como tomografía de coherencia óptica (OCT) y angiografía por fluorescencia, para evaluar con precisión la salud ocular y planificar el tratamiento.

Tratamiento especializado: Proporciona una variedad de tratamientos avanzados, incluyendo cirugía ocular compleja, terapia láser y administración de medicamentos intravenosos o intraoculares.

Coordinación interdisciplinaria: Colabora estrechamente con otros servicios médicos en el hospital, como oncología, neurología y endocrinología, para tratar afecciones oculares que puedan estar relacionadas con enfermedades sistémicas.

Cuidado postoperatorio: Ofrece seguimiento y atención postoperatoria para garantizar la recuperación adecuada de los pacientes que han sido sometidos a cirugía ocular.

Educación al paciente: Brinda información detallada a los pacientes sobre sus afecciones oculares, opciones de tratamiento y cuidado continuo.

Investigación y desarrollo: Participa en investigaciones clínicas y en el desarrollo de nuevas terapias y procedimientos para mejorar la atención oftalmológica.

Atención urgente: En algunos casos, la oftalmología hospitalaria también brinda atención urgente a pacientes con emergencias oculares, como desprendimiento de retina o heridas graves.

La consulta de oftalmología hospitalaria desempeña un papel crucial en la atención de pacientes con afecciones oculares graves y complejas. Su enfoque en el diagnóstico y tratamiento especializado contribuye significativamente a la preservación de la visión y la calidad de vida de los pacientes.

2 Objetivos

El objetivo que tenemos principalmente es mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia en las consultas externas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El TCAE desempeña un papel crucial en la consulta de enfermería, donde trabaja en colaboración con el personal de enfermería para brindar atención integral y de alta calidad a los pacientes. A continuación, se describen algunas de las tareas esenciales que un TCAE puede llevar a cabo en este entorno:

Preparación y organización: Antes de que comience la consulta, el TCAE se encarga de preparar la sala, asegurando que esté limpia y que los suministros necesarios estén disponibles. Esto incluye la disposición de equipos médicos, instrumentos de medición, historiales clínicos y registros.

Recepción de pacientes: El TCAE recibe a los pacientes en la sala de consulta, verifica sus datos personales y registra su historial médico básico, como la razón de la visita y las alergias. Esto ayuda a agilizar el proceso de atención.

Medición de signos vitales: Realiza mediciones de signos vitales, como la presión arterial, la temperatura y el pulso, y registra los resultados en el expediente del paciente.

Asistencia al paciente: Ayuda al paciente a prepararse para el examen, como proporcionarle una bata o explicarle los procedimientos que se llevarán a cabo.

Administración de medicamentos: Bajo la supervisión del personal de enfermería, el TCAE puede administrar medicamentos orales o tópicos según las indicaciones médicas.

Apoyo durante los procedimientos: Durante la consulta, el TCAE puede asistir al personal de enfermería o al médico en la realización de procedimientos médicos, como la extracción de sangre, la realización de electrocardiogramas o la toma de muestras.

Educación al paciente: Proporciona información básica sobre las condiciones de

salud, los tratamientos y las recomendaciones de estilo de vida. Esto incluye instrucciones sobre el uso de medicamentos y la importancia del seguimiento médico.

Mantenimiento de la sala: Después de cada consulta, el TCAE se asegura de limpiar y desinfectar la sala, reponer suministros y prepararla para el siguiente paciente.

Documentación: Registra con precisión toda la información relevante en los registros médicos electrónicos o en papel, incluyendo las mediciones de signos vitales, los procedimientos realizados y las observaciones clínicas.

Coordinación del flujo de pacientes: Contribuye a mantener un flujo de pacientes eficiente, programando citas, llamando a los pacientes para recordatorios y coordinando las agendas de consulta.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del TCAE para garantizar un buen funcionamiento de la consulta de oftalmología es mantener un entorno limpio y organizado. Esto implica asegurar la esterilización adecuada de instrumentos oftalmológicos, como tonómetros y oftalmoscopios, para prevenir infecciones cruzadas. Además, es fundamental mantener un flujo de pacientes eficiente, programando citas de manera adecuada para evitar largos tiempos de espera. Los TCAEs deben estar capacitados para asistir al oftalmólogo en la realización de exámenes oculares, proporcionando el equipo necesario y colaborando en la documentación de los resultados. La comunicación con los pacientes es esencial; explicar los procedimientos y brindar apoyo emocional puede reducir la ansiedad. También es crucial verificar el historial médico y las alergias antes de administrar medicamentos o gotas oftálmicas. En resumen, la clave para un buen funcionamiento de la consulta de oftalmología es la organización, la higiene, la eficiencia y una atención al paciente de calidad.

6 Bibliografía

1. Torres Álvarez, M. (2022). Programación didáctica del módulo profesional “Técnicas básicas de enfermería” del primer curso de Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería y desarrollo de una unidad de trabajo.

Capítulo 250

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE UROLOGÍA

LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA

TERESA SANCHEZ-DIEZMA

CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ

EUGENIA PARDO DE LA CUADRA

LUCIA SANTOS ESCALONILLA

1 Introducción

La consulta de urología es una rama de la medicina que se especializa en el estudio, diagnóstico y tratamiento de trastornos y enfermedades relacionadas con el sistema urinario y el sistema reproductor masculino. El sistema urinario incluye los riñones, la vejiga, los uréteres y la uretra, mientras que el sistema reproductor masculino abarca los órganos como los testículos, la próstata, el epidídimo y el pene. La consulta de urología es esencial para abordar una amplia gama de afecciones, desde infecciones del tracto urinario y cálculos renales hasta trastornos de la próstata y cáncer de vejiga.

Los urólogos son médicos altamente especializados que han completado una formación adicional en urología después de obtener su título de médico. En la consulta de urología, los pacientes suelen presentar síntomas como dolor al orinar, cambios en la micción, sangre en la orina, disfunción eréctil o problemas de fertilidad. El urólogo realiza una evaluación exhaustiva que puede incluir exámenes físicos, análisis de laboratorio, estudios de imagen como ecografías o resonancias magnéticas, y procedimientos especializados como la cistoscopia para diagnosticar y tratar estas afecciones.

La consulta de urología también desempeña un papel importante en la prevención, ya que los urólogos pueden aconsejar sobre hábitos de vida saludables y exámenes de detección temprana, como las pruebas de PSA para el cáncer de próstata. En resumen, la consulta de urología es esencial para abordar y tratar problemas relacionados con el sistema urinario y el sistema reproductor masculino, promoviendo la salud y la calidad de vida de los pacientes.

2 Objetivos

El objetivo que tenemos principalmente es mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia en la consulta de urología.

3 Metodología

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

4 Resultados

El TCAE desempeña un papel importante en la consulta de urología al brindar apoyo en la atención integral de los pacientes y ayudar en la gestión de la clínica. A continuación, se describen algunas de las funciones clave que un TCAE puede desempeñar en este entorno:

- Recepción y registro de pacientes: El TCAE da la bienvenida a los pacientes, verifica sus datos personales y asegura que la información de su historial médico

sea precisa. Esto ayuda a agilizar el proceso de atención.

- Preparación de la sala: Antes de la consulta, el TCAE se encarga de asegurarse de que la sala de examen esté adecuadamente preparada y equipada con los instrumentos y materiales necesarios, como catéteres, sondas, equipos de ultrasonido, entre otros.
- Asistencia en el examen físico: Durante la consulta, el TCAE puede asistir al urólogo en la realización de exámenes físicos, como la palpación del área genital o la asistencia en biopsias. Deben seguir protocolos de higiene y seguridad.
- Toma de muestras: Bajo supervisión, el TCAE puede ayudar en la recolección de muestras de orina o de otros fluidos para análisis diagnósticos, asegurándose de que se realice correctamente y que las muestras estén debidamente etiquetadas.
- Administración de tratamientos y medicamentos: Si se requieren tratamientos médicos o administración de medicamentos, el TCAE puede ayudar en la preparación y administración, siguiendo las indicaciones del urólogo.
- Educación al paciente: Proporciona información básica sobre procedimientos, tratamiento y cuidado postconsulta, respondiendo a preguntas y brindando apoyo emocional a los pacientes que puedan sentir ansiedad o preocupación.
- Registro y documentación: Registra con precisión toda la información relevante en los registros médicos electrónicos o en papel, incluyendo los resultados de las pruebas, los procedimientos realizados y las observaciones clínicas.
- Limpieza y desinfección: Después de cada consulta, el TCAE se encarga de limpiar y desinfectar la sala de examen y los instrumentos utilizados, garantizando la esterilidad y seguridad para el próximo paciente.
- Coordinación de citas y seguimiento: Ayuda en la coordinación de citas y hace un seguimiento de los pacientes para asegurarse de que sigan las recomendaciones médicas y realicen los exámenes de seguimiento necesarios.
- Mantenimiento del inventario: Es responsable de mantener el inventario de suministros médicos y de solicitar suministros nuevos según sea necesario.

El TCAE en la consulta de urología juega un papel fundamental en la atención integral de los pacientes y en la gestión eficiente de la clínica. Su contribución asegura que los pacientes reciban una atención de calidad en un entorno seguro y bien organizado.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para TCAES en la consulta de urología es asegurar un entorno acogedor y respetuoso para los pacientes. La mayoría de los pacientes que visitan esta consulta pueden sentirse incómodos o avergonzados debido a la

naturaleza de los problemas urológicos y reproductivos. Es fundamental mostrar empatía y comprensión, brindando apoyo emocional a los pacientes.

Además, los TCAEs deben estar preparados para asistir al urólogo en procedimientos como cistoscopias o biopsias, garantizando que el equipo esté esterilizado y listo para su uso. También es importante mantener registros precisos de los procedimientos y la atención brindada, ayudando en la documentación adecuada.

La educación del paciente es esencial; explicar los procedimientos y proporcionar información sobre el cuidado postoperatorio o los tratamientos es clave para su recuperación. En resumen, en la consulta de urología, la empatía, la asistencia en procedimientos, la documentación precisa y la educación del paciente son las recomendaciones principales para los TCAEs, contribuyendo a una atención de alta calidad y al bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Torres Álvarez, M. (2022). Programación didáctica del módulo profesional “Técnicas básicas de enfermería” del primer curso de Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería y desarrollo de una unidad de trabajo.

Capítulo 251

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA

LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA

TERESA SANCHEZ-DIEZMA

CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ

EUGENIA PARDO DE LA CUADRA

LUCIA SANTOS ESCALONILLA

1 Introducción

La consulta de dermatología es un servicio médico especializado en el diagnóstico y tratamiento de trastornos de la piel, cabello, uñas y mucosas. En esta consulta, los dermatólogos evalúan y gestionan una amplia variedad de afecciones dermatológicas. Aquí se destacan algunos aspectos clave:

Evaluación de afecciones cutáneas: Los pacientes acuden a la consulta de dermatología para abordar afecciones como acné, eczema, psoriasis, verrugas, dermatitis y más. El dermatólogo realiza un examen visual de la piel para diagnosticar y planificar el tratamiento adecuado.

Detección temprana del cáncer de piel: El dermatólogo también se enfoca en identificar y tratar el cáncer de piel, como el carcinoma basocelular, el carcinoma de células escamosas y el melanoma. Realizan exámenes de piel y, si es necesario, biopsias para confirmar el diagnóstico.

Tratamientos médicos y procedimientos: Los dermatólogos ofrecen una variedad de tratamientos, desde medicamentos tópicos hasta procedimientos quirúrgicos y cosméticos, como cirugía de eliminación de lunares o procedimientos de rejuvenecimiento cutáneo con láser.

Educación del paciente: Los dermatólogos educan a los pacientes sobre cómo cuidar su piel y prevenir futuros problemas. También ofrecen consejos sobre protección solar y detección temprana de cambios en la piel.

Atención pediátrica: Los dermatólogos pediátricos se centran en las necesidades dermatológicas de los niños, tratando afecciones como la dermatitis del pañal, el eczema infantil y las verrugas.

Enfermedades de transmisión sexual (ETS): Los dermatólogos también pueden evaluar y tratar infecciones de transmisión sexual que afectan la piel, como el herpes genital y las verrugas genitales.

Seguimiento a largo plazo: En casos crónicos, los dermatólogos brindan atención continua y seguimiento para controlar y gestionar las afecciones de los pacientes.

La consulta de dermatología es esencial para el diagnóstico y tratamiento de una amplia variedad de trastornos cutáneos y dermatológicos. Los dermatólogos desempeñan un papel importante en la salud de la piel de los pacientes, contribuyendo a su bienestar general y calidad de vida.

2 Objetivos

El objetivo que tenemos principalmente es mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia en la consulta de dermatología.

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) tiene un rol significativo en la consulta de dermatología al proporcionar apoyo esencial tanto a los pacientes como al equipo médico. Sus tareas en este entorno específico incluyen:

Recepción y registro de pacientes: El TCAE da la bienvenida a los pacientes, verifica sus datos personales y asegura que la información del historial médico esté actualizada y precisa. Esto es fundamental para el registro y seguimiento adecuado.

Preparación de la sala: Antes de cada consulta, el TCAE se encarga de asegurar que la sala de examen esté limpia y adecuadamente equipada con instrumentos, suministros médicos y materiales estériles, siguiendo rigurosas normas de higiene.

Asistencia en el examen dermatológico: Durante la consulta, el TCAE puede asistir al dermatólogo en la realización de exámenes cutáneos y procedimientos, como la toma de muestras o biopsias de piel. Asegura que todos los instrumentos estén preparados y estériles.

Toma de muestras y procedimientos menores: Bajo supervisión, el TCAE puede ayudar en la recolección de muestras de piel, cabello o uñas para análisis diagnósticos, garantizando una manipulación adecuada y la correcta identificación de las muestras.

Administración de tratamientos tópicos: Si es necesario, el TCAE puede aplicar tratamientos tópicos, como cremas o ungüentos, según las indicaciones del dermatólogo.

Educación al paciente: Proporciona información básica sobre las condiciones cutáneas, los procedimientos y las indicaciones médicas, asegurándose de que los pacientes comprendan y sigan las recomendaciones de cuidado en el hogar.

Registro y documentación: Lleva un registro detallado de toda la información relevante en los registros médicos electrónicos o en papel, incluyendo los resultados

de las pruebas, procedimientos realizados y observaciones clínicas.

Limpieza y desinfección: Después de cada consulta, el TCAE se encarga de limpiar y desinfectar la sala de examen y los instrumentos utilizados, manteniendo un entorno seguro y libre de riesgos de infección.

Coordinación de citas y seguimiento: Ayuda en la programación de citas de seguimiento y hace un seguimiento de los pacientes para asegurarse de que sigan las indicaciones médicas y realicen los exámenes o tratamientos necesarios.

Apoyo emocional: Brinda apoyo emocional a los pacientes, especialmente aquellos que pueden sentir ansiedad o preocupación relacionada con sus condiciones cutáneas.

Se recomienda que los últimos estudios en la consulta de urología se centren en las siguientes áreas para mejorar la atención:

Telemedicina: Investigar cómo la telemedicina puede ser efectiva en consultas de seguimiento y en el manejo de afecciones urológicas crónicas, brindando a los pacientes un acceso más conveniente a la atención.

Educación del paciente: Realizar estudios sobre métodos innovadores de educación al paciente, incluyendo el uso de tecnología como aplicaciones móviles o recursos en línea para mejorar la comprensión de las afecciones y tratamientos.

Prevención y detección temprana: Investigar estrategias para promover la conciencia pública sobre la importancia de la detección temprana del cáncer de próstata y otras afecciones urológicas, fomentando exámenes regulares.

Gestión de citas y tiempos de espera: Estudiar formas de optimizar la programación de citas y reducir los tiempos de espera en la consulta de urología, mejorando la eficiencia y la satisfacción del paciente.

Tecnología de diagnóstico: Explorar el uso de tecnología avanzada, como la inteligencia artificial, en la interpretación de imágenes médicas y la detección de anomalías urológicas.

Estos estudios pueden contribuir significativamente a la mejora de la atención en la consulta de urología, proporcionando enfoques más efectivos, eficientes y centrados en el paciente para abordar una variedad de afecciones urológicas.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE en la consulta de dermatología es fundamental para el buen funcionamiento de la clínica y para garantizar que los pacientes reciban una atención de calidad en un entorno seguro y bien organizado. Su colaboración es esencial para el bienestar de los pacientes y la eficiencia de la atención dermatológica.

6 Bibliografía

1. Torres Álvarez, M. (2022). Programación didáctica del módulo profesional “Técnicas básicas de enfermería” del primer curso de Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería y desarrollo de una unidad de trabajo.

Capítulo 252

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A LOS ENFERMOS INGRESADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA JOSEFA JAEN GARCIA

MARIA CORTES CARREÑO LOSA

MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ

LORENA GONZÁLEZ TERCERO

LOURDES REDONDO SANTAMARÍA

1 Introducción

Es posible definir los cuidados paliativos como el tratamiento médico destinado a aliviar el sufrimiento de pacientes terminales que padecen enfermedades muy graves e incurables. No hay nada que los médicos puedan hacer para salvarlos porque los otros tratamientos no tienen ningún efecto sobre su enfermedad. Estos procedimientos de cuidados paliativos se basan en los requisitos físicos, emocionales, psicológicos y espirituales del paciente. El objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente, así como la de su familia y las personas que lo cuidan.

Se requiere que todo el personal médico del equipo brinde una atención constante y de primer nivel. El sufrimiento y el dolor del paciente disminuirán con el uso de los medicamentos adecuados. Se controlará la condición del paciente para garantizar que sea lo más ideal posible. Los signos y síntomas más típicos incluyen disnea, dolor continuo, delirio, hemorragia interna y, si está consciente, sufrimiento por el final inminente.

Un componente vital para garantizar que la paciente mantenga una adecuada higiene personal hasta sus últimos momentos será la labor del técnico auxiliar de enfermería (TCAE).

Además de estar ahí para él, asegúrese de consolar al resto de la familia. Es un trabajo desafiante que requiere mucha valentía y empatía.

2 Objetivos

Exponer la importancia que tienen los cuidados paliativos a la hora de aliviar y reducir el sufrimiento de los enfermos terminales.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica de la literatura existente. Se han estudiado varios artículos en las principales bases de datos científicas: Science Direct, Scielo, Redalyc, Vancouver.

4 Resultados

El hospital donde se atiende al paciente iniciará un programa de tratamiento en el área de cuidados paliativos con el objetivo de mejorar las condiciones del paciente por el resto de su vida.

Actualmente no existe ninguna opción de tratamiento disponible para estos pacientes para revertir los síntomas de su enfermedad. Ayudarlos ahora es necesario para que el tiempo que les queda sea lo más indoloro y libre de sufrimiento emocional y físico posible.

Son pacientes conscientes de su situación y que necesitan información concisa sobre su salud para estar más tranquilos, menos estresados emocionalmente y mejor preparados para la situación que les espera. Además, será necesario apoyar a los familiares. En tales situaciones, el personal médico debe mostrar respeto y

comprensión. La pérdida inminente causa a los familiares mucho sufrimiento y tensión emocional.

Si el paciente así lo solicita, cubriremos sus necesidades psicológicas, espirituales y/o religiosas, haciendo todo lo que esté a nuestro alcance para garantizar que se cumplan en el plazo previsto.

El paciente debe estar completamente preparado y tener la muerte más digna posible para que se logre el objetivo de estos cuidados paliativos. Tener mucha empatía, asertividad y comprensión con el paciente y los familiares que lo acompañan en este viaje también será fundamental. Todo el equipo médico, el personal de enfermería y los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) deberán tener una actitud particularmente receptiva y abierta hacia los problemas, solicitudes, miedos y recaídas del paciente en cuidados paliativos. Debe ser un excelente profesional y poseer una gran integridad para manejar estas situaciones extremadamente desafiantes.

El TCAE está calificado como experto para brindar a los pacientes y sus familias una atención de alta calidad y, al mismo tiempo, ser asertivo y comprensivo con ellos.

5 Discusión-Conclusión

Es posible concluir que el objetivo principal de los llamados cuidados paliativos es disminuir y aliviar el sufrimiento de los pacientes terminales.

Además de brindar asistencia y asistencia a los familiares para afrontar este tipo de situaciones.

El objetivo es asegurar que la paciente tenga una alta calidad de vida mientras recibe este servicio y que sea tratada con respeto y amabilidad. Se mantendrá siempre al paciente limpio y ordenado en un esfuerzo por respetar su dignidad.

El TCAE está calificado como experto para brindar a los pacientes y sus familias una atención de alta calidad y, al mismo tiempo, ser asertivo y comprensivo con ellos.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/tcae-humanizacion-paliativos/>
- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8656687>

Capítulo 253

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU COMETIDO EN LA UCI PEDIÁTRICA

MARIA JOSEFA JAEN GARCIA

MARIA CORTES CARREÑO LOSA

MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ

LORENA GONZÁLEZ TERCERO

LOURDES REDONDO SANTAMARÍA

1 Introducción

En la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCI) se atiende a pacientes cuyas condiciones ponen en riesgo algunas de sus funciones vitales, así como a pacientes cuyas edades oscilan entre recién nacidos y niños de 14 años. En los últimos años, la familia también ha sido incluida en dicha atención, permitiendo brindar al paciente una atención integral.

Para brindar a estos pacientes la mejor atención posible, se ha producido un alto nivel de avance tecnológico. Debido a esto, los profesionales ahora necesitan ser más competentes y especializados. Se forman así equipos multidisciplinarios, o grupos de personas de diversas procedencias y especialidades, con el objetivo de brindar al paciente una atención médica intensiva, continuada e integral. El

Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es miembro de este equipo multidisciplinario que trabaja estrechamente con el paciente para identificar las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del niño y su familia.

Las unidades de cuidados intensivos pediátricos actuales incluyen frecuentemente a las familias en la atención de los pacientes, por lo que su presencia constante hace que el trabajo de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería interactúe constantemente con los pacientes. Para facilitar y potenciar esta interacción es necesario aprender y desarrollar habilidades en áreas transversales.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del TCAE en el servicio de la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Con el fin de ofrecer una atención integral y óptima a través de cuidados especializados de la máxima calidad y seguridad.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con la actuación del TCAE en la UCI pediátrica. Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 2019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible.

4 Resultados

Es responsabilidad de la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCI), una subespecialidad de cuidados intensivos, identificar y tratar enfermedades médicas o quirúrgicas graves.

Desde la década de 1980 se reconoce como tal especialidad. En este servicio, que se caracteriza por la presión y el estrés en el que trabajan, el rol del TCAE ha evolucionado hasta convertirse en parte del equipo multidisciplinar que atiende a los pacientes. Esto hace imprescindible enmarcar sus acciones en relación con los demás estamentos que componen el equipo. Es importante definir claramente tanto las responsabilidades propias como las que corresponden al resto del equipo asistencial de la unidad. Hay una serie de tareas que están estandarizadas porque están recogidas en los artículos 74 al 84, a pesar de que el papel del TC depende del hospital donde se encuentre la UCI pediátrica. con las restricciones señaladas en

el artículo 85 de la Ley de Seguridad Social para el personal sanitario no médico. Estas características incluyen:

Preparar la caja implica.

- El TCAE es responsable de que la caja esté completamente llena con todo en su lugar, y que además esté completamente limpia y esterilizada.

- Una bolsa de insuflación tamaño adulto o neonatal.

- Una máscara de ventilación y guantes esterilizados.

- Un kit contenedor para aspiración de secreciones.

- Según la edad del usuario, sondas de aspiración de varios tamaños.

- Agua para lavar el circuito de aspiración de aire.

Calzoncillos y pañales.

- Guantes no esterilizados de un solo uso.

- Suministros de intubación.

- Material para el seguimiento.

- Un respirador con tubos ajustados al peso del paciente.

- Materiales de investigación.

- Productos con propiedades antisépticas.

- Ubicación del paciente: El TCAE colocará al paciente en la cama designada mientras vigila continuamente sus signos vitales y facilita la atención inmediata por parte de profesionales médicos como enfermeras y médicos.

- Anticipar las necesidades del personal médico y ayudarles con todos los procedimientos y técnicas.

- Asistir a los familiares del paciente y explicarles las normas de la unidad y del hospital.

- Verificar las medidas de aislamiento, especificar el tipo de aislamiento con carteles ilustrativos y suministrar los materiales del equipo de protección.

- Preste mucha atención a la seguridad del paciente; examinar y confirmar.

- La debida identificación de usted.

- Técnicas de aislamiento.

- Barreras de protección.

- Lavarse las manos.

- Sondas y dispositivos de aspiración.

Se deben conocer e indicar las alergias del paciente.

- Atender la higiene del paciente. Será necesaria la colaboración entre DUE y TCAE porque estos pacientes se encuentran en situaciones críticas y cuentan con equipos sofisticados. Para proporcionar a cada paciente los productos y el nivel de higiene adecuados en función de su patología, el TCAE debe poseer conocimientos especializados en estas áreas.

- Para ayudar a los pacientes con la alimentación, el TC debe tener conocimientos sobre los distintos sistemas y dispositivos de alimentación asistida, así como sobre cómo detectar alergias alimentarias. comprender las dietas específicas de patología y administrar nutrición enteral utilizando tanto leche materna como leche artificial.

5 Discusión-Conclusión

Al realizar una investigación sobre las competencias de los TCAE en la UCI pediátrica, encontramos escasez de material publicado. Esto sugiere que es necesario ajustar el papel crucial que estos profesionales desempeñan en un campo, el de los cuidados intensivos pediátricos, donde recientemente se han producido importantes avances tecnológicos que permiten el tratamiento y la curación de enfermedades y patologías que antes eran impensables.

Debe estar plenamente incorporado a los servicios asistenciales del equipo multidisciplinario. Dado que las tareas que realizan requieren una relación constante y cercana con el paciente y sus familias, son una herramienta importante para identificar problemas de diversa índole, incluidos problemas físicos, médicos, psicológicos y sociales.

6 Bibliografía

- García, M. R. (2017). El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la UCI Pediátrica. *Revista Española de*, 73(Supl 1), 102-104.
- FERNÁNDEZ, A., GARCÍA, A., Mercado, S., Menchaca, A., Alberti, M., & GARCÍA, D. A. N. I. E. L. (2002). Utilidad de la traqueostomía en la unidad de cuidados intensivos pediátricos: experiencia de tres años. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 73(3), 137-139.

Capítulo 254

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CANALIZACIÓN DE UNA VÍA ARTERIAL Y LOS CUIDADOS

MARIA JOSEFA JAEN GARCIA

MARIA CORTES CARREÑO LOSA

MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ

LORENA GONZÁLEZ TERCERO

LOURDES REDONDO SANTAMARÍA

1 Introducción

Las enfermeras canalizan las vías arteriales insertando un catéter en una arteria periférica cercana, lo cual es un procedimiento invasivo.

En las unidades de cuidados intensivos (UCI) y otros lugares, como el quirófano, esta técnica se utiliza ampliamente porque permite la monitorización continua de la presión arterial y la capacidad de tomar muestras arteriales sin perforar repetidamente al paciente para su extracción.

Un catéter arterial es un tubo pequeño y flexible que se inserta en una arteria. Las arterias dorsal, axilar y femoral se encuentran entre las otras arterias que pueden usarse. La arteria radial es la ubicación más común para un catéter arterial.

Dado que el procedimiento es invasivo, el técnico auxiliar de cuidados de enfermería debe colaborar con enfermería.

Como ya hemos mencionado, el objetivo de canular una vía arterial es evitarle al paciente molestias innecesarias y al mismo tiempo facilitar el control continuo de la presión arterial y la recolección de sangre arterial para realizar las pruebas. El trabajo del técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE) es poder ayudar al personal de enfermería con la técnica de canalización, por lo que debe estar familiarizado con las herramientas e insumos necesarios para canular y mantener la vía arterial.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo será describir el trabajo de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el procedimiento de la canalización de una vía arterial.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica en la literatura existente y en los principales artículos. También se consultó en las principales bases de datos y se utilizó Internet para la búsqueda con la utilización de palabras clave.

4 Resultados

Cuando un paciente ingresado en la UCI requiere monitorización invasiva de la presión arterial, el paciente debe estar preparado, junto con todo lo necesario para la canulación arterial y su posterior monitorización.

En el caso de que el paciente sea consciente de lo que pretendemos hacer, le informaremos primero y buscaremos un ambiente tranquilo.

El Técnico Auxiliar de Cuidados de Enfermería examinará la posición del paciente después de lavarse las manos y ponerse guantes.

Para mantener la antisepsia de la piel, puede ser necesario rasurar la zona donde se realizará la punción.

Después de eso, el área se limpiará a fondo con jabón y agua que contenga clorhexidina.

Tendrás que colocar un remojo debajo del área para evitar que la técnica manche la cama.

Para la persona o personas de enfermería que realizarán la punción, el técnico auxiliar de cuidados de enfermería proporciona ropa esterilizada, bata y guantes quirúrgicos, así como gorro, cepillo y demás elementos.

Si surge la necesidad de una canulación guiada por ultrasonido, la máquina de ultrasonido se montará dentro de la caja del paciente.

El Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería tendrá listo:

- Unió el monitor y el cable utilizado para medir la presión arterial.
- Un transductor, una tira para montar el transductor, un manguito presurizador y 500 ml de solución salina en un gotero.
- Seda 2/0 y bisturí.
- Borde de vía transparente.
- Un cesto de basura para objetos punzocortantes.

Una vez canalizada la línea arterial y registrada con precisión la presión arterial en el monitor, el TCAE es el encargado de recoger la caja y limpiar el ecógrafo.

El TCAE y enfermería deben trabajar juntos porque el procedimiento es invasivo.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la canalización arterial es una técnica de enfermería, el TCAE debe tener pleno conocimiento del procedimiento y de toda la información pertinente para poder utilizarlo de forma más segura y eficiente. Esto es cierto a pesar de que se utiliza para mejorar el nivel de atención al paciente.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería son los encargados de preparar el material necesario para la aplicación de esta técnica, de colaborar con el personal de enfermería durante todo el procedimiento y velar por la comodidad y el posicionamiento adecuado de los pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 255

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU COMETIDO EN EL SERVICIO DE DIÁLISIS

MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS

1 Introducción

En el servicio de diálisis se pueden encontrar pacientes con patologías pertenecientes a los riñones. Cuando los riñones dejan de funcionar correctamente, la diálisis es un procedimiento médico que puede salvarles la vida, pero también crea una situación de dependencia. La disminución de las funciones renales se vuelve más significativa y más difícil de revertir a pesar de que la enfermedad ya presenta síntomas.

El diagnóstico temprano es crucial para la mayoría de las enfermedades.

Pero esto no siempre es posible, ya que algunos pacientes, como los ancianos, no revelan sus problemas urológicos por vergüenza o ignorancia. Por tanto, ya es algo tarde cuando visitan el servicio médico de Urología y ya es muy evidente que algo está fallando.

El esfuerzo de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el servicio de diálisis ayudará al trabajo que realiza el personal médico y de enfermería. Debe ser consciente de las consecuencias de este curso de acción y acercarse al paciente con una actitud de compasión, asertividad y comprensión.

Un cambio significativo en la forma de vida del paciente se produce cuando recibe diálisis.

Modifica su dieta, nivel de ejercicio, dosis de medicamentos y responsabilidades sociales y familiares. La dependencia de las máquinas de diálisis les impide llevar una vida normal.

2 Objetivos

Enumerar las funciones llevadas a cabo por los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de diálisis, su cometido en el manejo de las distintas maquinaria y su labor como apoyo moral de los enfermos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La enfermedad renal es una enfermedad crónica que provoca cambios importantes en la vida diaria del paciente. Los TCAE están presentes con el médico cuando éste presenta su padecimiento en una consulta de nefrología y es aquí donde comienza su función de guiar y consolar al paciente. Posteriormente, cuando comienza el tratamiento, la función del TCAE es controlar sus signos vitales y su peso. Consulta las pruebas prescritas por tu médico. Controla el estado de la piel del paciente y utiliza cremas y productos según sea necesario. Los pacientes con este tipo reducen drásticamente la actividad física y llevan un estilo de vida sedentario.

Esto puede provocar estreñimiento que requiere el uso de edema. Es trabajo del TCAE superar estos baches. Los TCAE son responsables de la limpieza y el mantenimiento de las máquinas y también deben aprender técnicas de limpieza extrarrenales. Trabajamos en estrecha colaboración con otras enfermeras y siempre tenemos en cuenta que queremos lo mejor para nuestros pacientes. Se instala todo el equipamiento necesario, se pesa al paciente antes y después del tratamiento de diálisis y se desinfecta el equipamiento utilizado.

Después del tratamiento, ayude al paciente a ponerse la bata. La funcionalidad TCAE es esencial para que el servicio funcione correctamente. Por regla general, este tipo de trabajo se realiza semanalmente y por turnos en hospitales y centros sanitarios especializados, excluidos los fines de semana.

Estos pacientes requieren mucho amor y comprensión porque se enfrentan a una dura realidad que supone un desafío tanto para ellos como para quienes les rodean.

Es responsabilidad del personal médico ayudar al paciente y hacer que las sesiones de diálisis sean más tolerables y menos exigentes para el bienestar físico y mental del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo realizado por los TCAE en la unidad de diálisis es extremadamente agotador emocionalmente. Debe tratar con pacientes cuyas enfermedades han cambiado por completo el curso de sus vidas. Se necesita mucha fuerza psicológica para aceptar depender de una máquina para sobrevivir.

Son pacientes débiles que tienen más probabilidades de contraer otras enfermedades. Tendrás que tener mucho cuidado porque muchos de ellos también podrían estar infectados con hepatitis o VIH, dos enfermedades que pueden infectar a los TCAE.

Junto al resto del material utilizado, también es necesario transportar los líquidos utilizados en diálisis, que se presentan en envases que pueden pesar entre 5 y 10 kilogramos.

El TCAE es responsable de recoger mantas y sábanas usadas y transportarlas a la lavandería. Para el siguiente turno, debereemplazar estos elementos y asegurarse de que estén limpios y listos.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es/departments-centers/dialysis-programs/overview/ovc-20464948>.
2. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/papel-del-tcae-conel-paciente-renal/>.
3. <https://www.escuelasuperiordesalud.com/detalle.php?i=1385>.

Capítulo 256

LOS APÓSITOS COMO TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

EDUARDO FERNÁNDEZ GUERRA

1 Introducción

Dentro de las diferentes modalidades de tratamiento de las úlceras por presión se encuentran los apósitos. Este método varía en función de sus características, del efecto que genera y su constitución. Los apósitos más utilizados actualmente son los que generan la cura en ambiente húmedo y en el control del exudado, ya que estas dos características facilitan la cicatrización y la evolución de la lesión.

Los objetivos principales que tiene la utilización de los apósitos como modalidad de tratamiento son:

- Permiten obtener un ambiente húmedo y controlar el exudado.
- Evitar que se produzcan traumatismos en la herida.
- Ayuda a mantener la temperatura del lecho de la herida.
- Impide la invasión de la herida por parte de microorganismos.

A la hora de tratar una úlcera por presión hay dos factores muy importantes que determinan la utilización de un apósito o de otro, uno de ellos es el exudado y el otro la humedad, en esta última debe de conseguirse un nivel de humedad equilibrado evitando que de esta forma que se macere la herida.

El empleo de apósitos para el tratamiento de heridas, en este caso las úlceras por presión, está ampliamente aceptado y estandarizadas gracias al desarrollo de diferentes protocolos y guías por parte de los profesionales sanitarios.

2 Objetivos

El objetivo es conocer los diferentes apósitos que se suelen utilizar en el tratamiento de úlceras por presión e indicar en qué casos están indicados.

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 efectuado una búsqueda sistemática a través de diferentes bases de datos como Pubmed, Scielo y Medline.

4 Resultados

A continuación, vamos a desarrollar los diferentes apósitos que se suelen emplear en el tratamiento de las úlceras por presión:

1. Espumas de Poliuretano. (Apósitos hidrocelulares, hidropoliméricos...).

Se caracterizan por ser semipermeables e impermeables a los líquidos y permeables al vapor de agua. Se utilizan principalmente para la absorción del exudado, el mantenimiento del medio húmedo y la prevención de la maceración.

Evita la propagación de olores, fugas y maceración del tejido perilesional, también poseen una gran capacidad de absorción, son adaptables y flexibles. Su uso puede ser combinado con el de los hidrogeles. Indicados en: Úlceras por presión de categorías II y III con media y alta exudación.

2. Apósitos hidrocoloides.

Su función es la de actuar como absorbentes y retener el exudado que se genera en la herida, controlando el que se genera entre la lesión y el apósito. Las sustancias hidrocoloides que constituyen el apósito, al mezclarse con el exudado, genera un ambiente húmedo que fomenta la cicatrización.

Indicados en: úlceras por presión de tipo I, II, III sin signos de infección. También se usa en desbridamiento autolítico.

3. Apósitos de silicona.

Naturaleza hidrofóbica, generan una suave adherencia a la piel perilesional. Proporcionan un área de contacto muy efectiva, además disminuyen el riesgo de maceración de la piel, el dolor, no dejan residuos y evitan el desprendimiento de células en la herida.

Indicado en: úlceras dolorosas, piel debilitada, cualquier herida en fase de granulación.

4. Alginatos.

Se crean a partir de algas naturales. Generan un ambiente húmedo y caliente en el lecho de la herida, lo que estimula la cicatrización enormemente. Retienen gérmenes, se retiran fácilmente y requieren de un apósito secundario para ser fijados. Indicados en: heridas y úlceras muy exudativas e incluso infectadas. Lesiones de categoría III y IV.

5. Apósitos antimicrobianos. (De plata o yodo). Se utiliza por su gran efectividad ante agentes microbianos. Indicados en: úlceras con signos de infección.

6. Apósitos de carbón activado. Anulan el mal olor producido por algunas heridas y úlceras. Indicado en: úlceras malolientes.

7. Hidrogeles. Sirven para el mantenimiento de la humedad en el lecho de la herida. Estimulan la granulación y el desbridamiento autolítico. Indicados en: úlceras necróticas o con escafelos con poco exudado.

7. Ácidos grasos hiperoxigenados. Aportan resistencia a la piel, oxigenan los tejidos aumentando la circulación sanguínea y evitan la isquemia vascular, favoreciendo la hidratación de la piel y su resistencia al roce. Indicado en: prevención de úlceras por presión y en úlceras de categoría I.

8. Películas y cremas de barrera. Las películas de barrera generan una película impermeable y transparente a los líquidos, mejoran la adherencia de los apósitos y permiten visualizar la piel. Las cremas de barrera protegen de posibles maceraciones de la piel y actúan de barrera frente a fluidos corporales. Indicados en: maceración de la piel perilesional, prevención de lesiones producidas por la retirada de apósitos y de dermatitis por fluidos corporales.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, para la selección del apósito a la hora de realizar una cura de una úlcera por presión hay que tener en cuenta las siguientes características, el tipo de lesión, localización, exudado, estado de la piel perilesional; el tipo de paciente con esto nos referimos a su estado de salud, edad, variables sociodemográficas; a las dos anteriores hay que incluir las características del profesional sanitario encargado de llevar a cabo la cura, el centro sanitario y la disponibilidad del

producto en el mercado.

6 Bibliografía

1. Fernández Salomón I. CLASIFICACIÓN Y FUNCIONES DE LOS DIFERENTES APÓSITOS EXISTENTES PARA EL CUIDADO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN. CLASIFICACIÓN Y FUNCIONES DE LOS DIFERENTES APÓSITOS EXISTENTES PARA EL CUIDADO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN [Internet]. 2021 [citado el 4 de septiembre de 2023];138(138):1-138. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/38/clasificacion-y-funciones-de-los-diferentes-apositos-existentes-para-el-cuidado-de-las-ulceras-por-presion>.
2. De una herida es un proceso a veces largo LC de UÚCC o., De estas lesiones C y. DS la QIMFEEA se HR a. LPQNE en el MP el T-M, Cuenta PT en, Lo local Q el T de UÚ no ES-M, De una úlcera cutánea crónica si no Q se TQRUVI del PPC la C, de cicatri- zación serán tanto generales como locales Palabras clave: úlceras TQT en CUFAQNA a. M o. R la CEFÍRC el P. Apósitos en el tratamiento de ulceras y heridas [Internet]. Anedidic.com. [citado el 4 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.anedidic.com/descargas/formacion-dermatologica/04/apositos-en-el-tratamiento-de-ulceras-y-heridas.pdf>.

Capítulo 257

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN. FUNCIONES DEL TCAE CON LOS FISIOTERAPEUTAS Y PACIENTES

ANTONIA MARTÍNEZ CANO

LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE

VANESA ROMAN SEGURA

M^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN

1 Introducción

El servicio de rehabilitación en un centro hospitalario pretende mejorar la calidad de vida del paciente que ha sido alterada tras padecer una larga enfermedad o una lesión. Para conseguir este objetivo, el servicio de rehabilitación cuenta con un equipo multidisciplinar formado por profesionales de diversos niveles asistenciales, entre los que se encuentra el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

- Conocer los objetivos buscados por el servicio de rehabilitación de un centro hospitalario.
- Detallar las funciones llevadas a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio 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

El servicio de rehabilitación de un centro hospitalario busca conseguir los siguientes objetivos para los pacientes hospitalizados:

- Conseguir que el paciente recupere la autonomía tras largos períodos de hospitalización debido a una larga enfermedad.
- Conseguir que el paciente recupere la autonomía tras una lesión en miembros inferiores y superiores.
- Aumentar la independencia perdida durante el periodo de hospitalización.
- Recuperar y aumentar la fuerza muscular perdida durante el periodo de hospitalización.
- Favorecer la recuperación de las zonas corporales lesionadas.

Mientras que para los pacientes ambulantes que necesitan seguir con las sesiones de rehabilitación una vez dados de alta, se pretende conseguir los siguientes objetivos:

- Proporcionar las herramientas necesarias para mejorar la calidad de vida y el bienestar en su domicilio o residencia de mayores.
- Proporcionar las herramientas necesarias para aumentar la independencia perdida durante el periodo de hospitalización.
- Proporcionar las herramientas necesarias para aumentar la independencia perdida tras una lesión.

En este servicio la principal función desarrollada por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con los profesionales sanitarios es proporcionar su asistencia en el momento que le sea requerida. Esta asistencia puede terminarse para:

- La preparación de las diversas áreas del servicio de rehabilitación antes de comenzar la sesión con el paciente ambulatorio y con el paciente hospitalario.
- La colaboración con el paciente durante el desarrollo de la sesión.
- La administración de material necesario durante el desarrollo de la sesión.

Funciones del TCAE en el gimnasio hospitalario.

- Preparación de las camillas donde son tumbados los pacientes para recibir la sesión de fisioterapia. Dicha preparación consiste en la colocación de una sábana entremetida que cubra la camilla y una sábana de menor dimensión para proteger la parte inferior donde son colocados los pies del paciente.
- Administrar al fisioterapeuta aquel material que va a ser utilizado con los pacientes durante la sesión de fisioterapia. Una vez finalizados dichos ejercicios, el TCAE limpiará el material utilizado y lo colocará en su sitio.
- Una vez finalizada la sesión de fisioterapia, proporcionar al paciente el hielo protegiéndolo en una funda y la parafina protegida en una bolsa.

Funciones del TCAE en las consultas de rehabilitación.

- A primera hora deberán comprobar el listado de pacientes citados y proporcionar dicha información al médico rehabilitador.
- Llamar a los pacientes según el turno establecido en las agendas, e indicarle el número de consulta dónde debe acudir.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente demuestran las funciones ejecutadas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tanto con el paciente ambulante como con el paciente hospitalario.

Es importante destacar el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro del servicio de rehabilitación, puesto que su actuación permite al resto de especialidades desarrollar sus funciones profesionales de manera ininterrumpida, ya que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son los encargados de proporcionar todo el material necesario durante las sesiones.

6 Bibliografía

1. GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.

2. 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.
3. PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education
4. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021

Capítulo 258

LA IMPORTANCIA DE LA ACTUALIZACIÓN SANITARIA PARA TÉCNICOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARINA PONS VIGON

SUSANA LEGASPI NOVO

1 Introducción

La atención sanitaria es un pilar fundamental de la sociedad moderna, y su importancia nunca ha sido más evidente que en tiempos de crisis sanitarias globales como la pandemia de COVID-19. Los sistemas de salud de todo el mundo se han enfrentado a desafíos sin precedentes, y en medio de esta tormenta, los técnicos auxiliares de enfermería han estado en la primera línea, brindando cuidados esenciales a los pacientes. Sin embargo, la atención sanitaria es un campo en constante evolución, donde los avances científicos y médicos se producen de manera continua. En este contexto, la actualización constante se convierte en una necesidad imperante.

La atención sanitaria moderna no solo se trata de administrar medicamentos y proporcionar cuidados básicos; es un campo altamente especializado que abarca una amplia gama de disciplinas médicas y tecnologías avanzadas. Los técnicos auxiliares de enfermería son un pilar esencial en este sistema, ya que trabajan codo a codo con enfermeras y médicos, brindando atención directa a los pacientes. Su rol abarca desde asistir en procedimientos médicos hasta brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias.

La importancia de la actualización sanitaria para los técnicos auxiliares de enfermería radica en su capacidad para mantenerse al día con los últimos avances en la atención médica. Esto no solo se trata de conocer las últimas técnicas y procedimientos, sino también de comprender las investigaciones científicas más recientes, las mejores prácticas en la gestión de enfermedades y la adopción de tecnologías emergentes.

El mundo de la medicina y la atención sanitaria es dinámico y cambiante. Nuevas enfermedades, tratamientos, medicamentos y protocolos se desarrollan constantemente. Esto significa que la información y las habilidades que eran estándar hace unos años pueden volverse obsoletas en poco tiempo. Los técnicos auxiliares de enfermería desempeñan un papel crucial en la atención de los pacientes, y su capacidad para brindar atención segura y efectiva depende en gran medida de su capacidad para mantenerse al día con estos cambios.

La actualización sanitaria no solo beneficia a los técnicos auxiliares en términos de desarrollo profesional, sino que también tiene un impacto directo en la seguridad y el bienestar de los pacientes. La adopción de nuevas técnicas y protocolos basados en evidencia científica puede reducir los errores médicos y mejorar los resultados para los pacientes. Esto se traduce en una atención más segura y de mayor calidad en todos los entornos de atención sanitaria, desde hospitales hasta centros de atención a largo plazo.

En este capítulo, exploraremos en detalle la importancia de la actualización sanitaria para los técnicos auxiliares de enfermería. Analizaremos cómo la actualización constante mejora su competencia profesional, su capacidad para adaptarse a los cambios en el sistema de salud y su contribución a la calidad de la atención al paciente. También destacaremos los desafíos que enfrentan al buscar la actualización y proporcionaremos orientación sobre cómo superar esos obstáculos.

En resumen, la atención sanitaria es un campo en constante cambio, y los técnicos auxiliares de enfermería son esenciales para su funcionamiento. La actualización sanitaria no es solo una opción; es una necesidad imperativa para garantizar que los pacientes reciban la atención de la más alta calidad. Este capítulo está diseñado para inspirar a los técnicos auxiliares a abrazar la búsqueda constante de conocimientos y habilidades para seguir siendo profesionales valiosos en el siempre cambiante mundo de la atención sanitaria.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la actualización sanitaria para los técnicos 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

Los resultados de nuestra investigación revelan una serie de aspectos clave relacionados con la importancia de la actualización sanitaria para los técnicos auxiliares de enfermería. Estos resultados se basan en una combinación de hallazgos de la revisión bibliográfica y las entrevistas con profesionales de la enfermería y técnicos auxiliares.

1. Desafíos en la Actualización Sanitaria:

Uno de los hallazgos más destacados es la identificación de los desafíos que enfrentan los técnicos auxiliares de enfermería al buscar la actualización. Estos desafíos incluyen limitaciones de tiempo debido a cargas laborales intensas, restricciones financieras para acceder a cursos de capacitación y dificultades para encontrar recursos educativos pertinentes. Además, muchos técnicos auxiliares expresaron la falta de apoyo institucional para su desarrollo profesional y actualización.

2. Beneficios de la Actualización Sanitaria:

En contraste, los beneficios de la actualización sanitaria fueron claramente destacados por los participantes. Los técnicos auxiliares de enfermería que se esfuerzan por mantenerse actualizados informaron una mayor confianza en sus habilidades y conocimientos, lo que les permitió desempeñar sus roles de manera más efectiva. También se observó una disminución en la tasa de errores médicos y un aumento en la seguridad del paciente en entornos donde se prioriza la actualización constante.

3. Impacto en la Calidad de la Atención al Paciente:

Uno de los hallazgos más significativos fue cómo la actualización sanitaria tiene un impacto directo en la calidad de la atención al paciente. Los técnicos auxiliares que se mantienen al día con las últimas prácticas y protocolos son capaces de brindar una atención más completa y de mayor calidad. La adopción de nuevas técnicas y la comprensión de las últimas investigaciones les permite tomar decisiones más informadas y adaptarse a las cambiantes necesidades de los pacientes. Además, los técnicos auxiliares actualizados están mejor equipados para participar en la prevención y el control de infecciones, lo que es especialmente relevante en contextos como la pandemia de COVID-19. La actualización constante les proporciona las herramientas para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal de atención médica.

4. Estrategias para la Actualización Continua:

Durante las entrevistas, se identificaron varias estrategias utilizadas por técnicos auxiliares de enfermería exitosos para mantenerse actualizados. Estas incluyen la participación en cursos de educación continua, la suscripción a revistas médicas y la búsqueda activa de oportunidades de formación en línea. Algunos también mencionaron la importancia de la colaboración con colegas y la mentoría como formas efectivas de aprender y crecer profesionalmente.

5. Apoyo Institucional:

Un aspecto crítico que surgió fue la necesidad de un mayor apoyo institucional para la actualización de los técnicos auxiliares de enfermería. Los participantes destacaron la importancia de que las instituciones de atención médica reconozcan y valoren la educación continua, proporcionen recursos para la capacitación y fomenten una cultura de aprendizaje permanente.

En resumen, los resultados de nuestra investigación subrayan la importancia de la actualización sanitaria para los técnicos auxiliares de enfermería. A pesar de los desafíos que enfrentan, la inversión en la actualización continua tiene un impacto significativo en su competencia profesional, en la seguridad del paciente y en la calidad de la atención médica en general. Además, resaltan la necesidad de un mayor apoyo institucional para facilitar la actualización efectiva en el campo de la enfermería.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de la actualización sanitaria para los técnicos auxiliares de enfermería es innegable y se refleja en los resultados de nuestra investigación. Esta conclusión se basa en una sólida base de evidencia que incluye una revisión bibliográfica exhaustiva y entrevistas con profesionales de la enfermería y técnicos

auxiliares en la primera línea de atención médica. A partir de estos hallazgos, podemos extraer varias conclusiones significativas.

1. La Actualización es Esencial para la Competencia Profesional:

Es evidente que la actualización constante es fundamental para el desarrollo y la competencia profesional de los técnicos auxiliares de enfermería. Mantenerse al día con los avances en el campo de la atención sanitaria les permite brindar una atención de mayor calidad y seguridad a los pacientes. Esto no solo beneficia a los pacientes, sino que también fortalece la confianza de los técnicos en sus habilidades y mejora su satisfacción laboral.

2. La Seguridad del Paciente es un Beneficio Clave:

La relación entre la actualización sanitaria y la seguridad del paciente es especialmente destacada. Los técnicos auxiliares actualizados son menos propensos a cometer errores médicos y están mejor equipados para identificar y prevenir riesgos para los pacientes. Esto tiene un impacto directo en la calidad de la atención y en la reducción de incidentes adversos en entornos de atención médica.

3. Desafíos que Deben Abordarse:

A pesar de los beneficios evidentes de la actualización sanitaria, nuestros hallazgos también destacan los desafíos que los técnicos auxiliares de enfermería enfrentan al buscar la actualización. Limitaciones de tiempo, restricciones financieras y la falta de apoyo institucional son barreras significativas que deben abordarse para facilitar la actualización continua.

Discusión :

La discusión de estos resultados arroja luz sobre las implicaciones prácticas de nuestra investigación y las posibles estrategias para abordar los desafíos identificados.

1. Promover una Cultura de Aprendizaje Continuo:

Para abordar los desafíos de la actualización, es esencial fomentar una cultura de aprendizaje continuo en las instituciones de atención médica. Esto implica reconocer y valorar la educación continua como un componente integral de la práctica de los técnicos auxiliares de enfermería. Las organizaciones de salud deben proporcionar recursos y oportunidades de capacitación accesibles y asequibles para su personal, y promover la colaboración y el intercambio de conocimientos entre los profesionales.

2. Apoyo Institucional:

El apoyo institucional desempeña un papel crucial en el éxito de la actualización de los técnicos auxiliares de enfermería. Las instituciones de salud deben considerar la implementación de políticas que respalden la formación continua, ofrezcan incentivos para la actualización y faciliten el acceso a recursos educativos.

También es importante que las organizaciones reconozcan y valoren el esfuerzo que los técnicos invierten en su desarrollo profesional.

3. Colaboración y Mentoría:

Fomentar la colaboración y la mentoría entre los técnicos auxiliares puede ser una estrategia efectiva para la actualización. La interacción con colegas más experimentados y la oportunidad de aprender de sus experiencias pueden enriquecer el proceso de actualización. Además, la colaboración interdisciplinaria con enfermeras y otros profesionales de la salud puede ayudar a los técnicos a mantenerse al día con las últimas prácticas en atención médica.

En resumen, la importancia de la actualización sanitaria para los técnicos auxiliares de enfermería es incuestionable. La educación continua es esencial para su competencia profesional, la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica en general. Sin embargo, para que la actualización sea efectiva, se deben abordar los desafíos identificados, y las instituciones de atención médica desempeñan un papel fundamental al proporcionar el apoyo necesario y promover una cultura de aprendizaje continuo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 259

RETOS ACTUALES Y FUTUROS EN LA PROFESIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ESTRELLA TALENS GONZALEZ

ANA M TORIJA BARRAGÁN

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

1 Introducción

Los TCAE son parte integral del equipo de atención médica, brindando apoyo esencial a enfermeros, médicos y pacientes. Su rol multifacético implica desafíos variados que pueden influir en la calidad de atención que ofrecen y en su bienestar laboral. Algunos de los retos más comunes a los que se enfrentan los profesionales del área de salud, en este caso los TCAE son: la carga intensa de trabajo debido al poco personal, la responsabilidad, a trabajar bajo presión y a lidiar con los pacientes entre otros. Es importante que los trabajadores tengan también un reconocimiento y una salud mental estable para poder enfrentarse a estos retos y desafíos a los que se enfrentan debido a su puesto de trabajo. De esta forma se puede evitar el síndrome del trabajador quemado.

Este trabajo científico se enfoca en analizar los retos que enfrenta la profesión del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la actualidad y explorar las perspectivas futuras en el campo. Los TCAE desempeñan un papel crucial

en la atención de salud, y su contribución es esencial para el funcionamiento eficiente de los servicios médicos. Sin embargo, la profesión también enfrenta diversos desafíos que deben abordarse para garantizar un cuidado de calidad y un entorno laboral satisfactorio.

2 Objetivos

Conocer cuáles van a ser los retos actuales y futuros a los que se somete el TCAE y conocer además su entorno laboral.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes fuentes científicas y académicas como Google escolar o Pubmed. Se ha realizado una búsqueda de términos como "retos del TCAE" o "retos actuales y futuros en la profesión del TCAE" entre otras.

4 Resultados

Los retos actuales a los que el TCAE están sometidos son:

- Carga Laboral Intensa: Los TCAE a menudo enfrentan una carga de trabajo intensa debido a la alta demanda de servicios médicos y el cuidado de múltiples pacientes. Esto puede afectar la calidad del cuidado proporcionado y llevar a la fatiga laboral.
- Falta de Reconocimiento: A pesar de su contribución esencial, los TCAE a veces no reciben el reconocimiento y la valoración adecuados por su labor detrás de escena.
- Desarrollo Profesional Limitado: La falta de oportunidades claras de desarrollo profesional puede desmotivar a los TCAE y limitar sus posibilidades de crecimiento en la profesión.
- Formación y Capacitación Continua: Mantenerse actualizado en un campo médico en constante evolución puede ser un desafío. Los TCAE deben tener acceso a capacitación continua para brindar atención de calidad.
- Comunicación y Colaboración: La comunicación efectiva y la colaboración con otros profesionales de la salud son fundamentales para una atención integral. Los TCAE deben enfrentar desafíos en la coordinación y la transmisión de información.

Además de estos retos, el TCAE se va a enfrentar a nuevas perspectivas futuras y oportunidades como son:

- Formación Especializada: Los TCAE podrían beneficiarse de programas de formación especializada que les permitan adquirir habilidades avanzadas y desempeñar roles más especializados en el equipo de atención.
- Reconocimiento y Valoración: La promoción de una mayor valoración de los TCAE y su contribución en la atención médica puede mejorar la moral y la satisfacción laboral.
- Desarrollo de Habilidades Comunicativas: La capacitación en habilidades de comunicación puede mejorar la colaboración interprofesional y la calidad de atención.
- Innovación Tecnológica: La adopción de tecnologías de atención médica puede mejorar la eficiencia y la calidad del trabajo del TCAE.
- Promoción de Bienestar Laboral: Las instituciones de salud deben enfocarse en garantizar condiciones de trabajo saludables y un equilibrio entre la vida laboral y personal para los TCAE.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE desempeñan un rol fundamental en la atención médica, pero enfrentan retos diversos que deben abordarse para asegurar su satisfacción laboral y la calidad del cuidado brindado. A través de la inversión en formación, desarrollo profesional y reconocimiento, se puede mejorar la profesión del TCAE y garantizar que sigan siendo una parte valiosa y eficaz del equipo de atención médica en el presente y en el futuro. Para afrontar estos desafíos, la formación continua, el apoyo emocional y la colaboración efectiva con otros miembros del equipo de atención médica son aspectos clave. De esta forma se mantiene un ambiente de calidad a los pacientes y a los profesionales que trabajan ahí.

6 Bibliografía

1. Palabras clave "retos del TCAE".
2. Revistas científicas.
3. <https://www.ubu.es/te-interesa/el-reto-de-las-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-tcae-en-el-quirofano-iv-edicion-ubuabierta>
4. <https://revistamedica.com/riesgos-laborales-tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria/>

5. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000100005
6. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-paciente-sometido-a-cistectomia-radical-tipo-briker/>

Capítulo 260

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS DE LIMPIEZA

CORAL PARRA QUINTANILLA

1 Introducción

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería será la persona encargada de la administración de enemas de limpieza al paciente cuando la situación lo requiera.

Un enema de limpieza es el procedimiento utilizado que tiene un fin terapéutico y diagnóstico para tratar el estreñimiento en el paciente y poder limpiar el interior del recto y el colon descendente, se trata, por lo tanto, de una solución de consistencia líquida y acuosa que provocará poder eliminar las heces con normalidad. Su utilización consistirá en insertar una cánula por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería a través del ano.

Los enemas surgieron en el antiguo Egipto, era el método terapéutico utilizado contra el estreñimiento llamado lavativa, usaban sustancias de la naturaleza a base de plantas como tomillo, hinojo, azafrán o aceite de oliva, entre otras muchas. Los enemas también pueden utilizarse no únicamente cuando el paciente o usuario padezca de estreñimiento, sino en preparaciones para una intervención quirúrgica, en una preparación a un parto o algún tipo de exploración.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer el procedimiento a realizar para la administración de enemas de limpieza al paciente por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería será la persona encargada de administrar a los pacientes los enemas de limpieza cuando la situación así lo requiera por indicación del médico o equipo de enfermería.

En primer lugar, deberá comprobar y verificar la identidad del paciente, así como la indicación de la administración del enema. A continuación se preparará el material que se vaya a utilizar y la solución del enema.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberá siempre explicar al paciente o usuario el procedimiento que se le va a realizar y pedirle que por favor colabore en lo que se le indique, además de colocar un biombo si la habitación es compartida con otra persona para proporcionarle la máxima discreción e intimidad. Se lavará las manos y se pondrá los guantes.

Después procederá a proteger la cama con algunos empapadores que se podrán colocar encima de la entremetida si está situada encima de la sábana bajera y se colocará al paciente en decúbito lateral izquierdo o posición Sims.

En este caso vamos a describir una técnica de administración de enema mediante sonda, por lo que en primer lugar se colocará la sonda al paciente o usuario.

Se deberá realizar el llenado de la bolsa con la solución líquida y se purgará el sistema del irrigador abriendo un poco la llave para comprobar que es permeable y se volverá a cerrar, se deberá conectar el sistema a la sonda, se tendrá cuidado

de mantener la bolsa con la solución colgada del soporte a unos 40 centímetros por encima de la cama, se abrirá el sistema para que pueda pasar la solución, cuando se haya administrado en su totalidad, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería pinzará la sonda y finalmente la extraerá del recto.

El paciente tiene que aguantar unos cinco o diez minutos la solución que se le ha administrado apretando las nalgas hasta que tenga ganas de realizar la defecación, la realizará en el baño o en una cuña.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ayudará a limpiar al paciente, se quitará los guantes, se lavará las manos y registrará la técnica realizada.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe transmitir mucha confianza a los pacientes, ya que se invade su intimidad en este caso en la administración de enemas. Es importante conocer muy bien la técnica que se debe utilizar y tener en cuenta algunos detalles como la posición decúbito lateral izquierdo y conseguir que el paciente se relaje para evitar hacerle daño.

Por lo tanto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería será el encargado de preparar todo el material necesario, preparar al paciente o usuario, explicar siempre el procedimiento que se le va a realizar y proporcionarle la privacidad necesaria.

Capítulo 261

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU LABOR EN PACIENTES INTUBADOS

HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA

FRANCISCA BLAZQUEZ PLA

INMACULADA INIESTA SANCHEZ

MARÍA JOSEFA MORCILLO VALERA

ROCIO MORENO CHINCHILLA

1 Introducción

Si un paciente tiene problemas respiratorios muy graves o ha dejado de respirar, será necesario que se le tenga que poner un ventilador, que obliga a los pulmones a que hagan su función, esto requiere que una intubación, es decir, hacer pasar un tubo conectado a dicho ventilador a través de la garganta hasta llegar a la tráquea. Esto genera muchas molestias a los pacientes, es por ello que se le suele sedar con medicación intravenosa y que se les aplique medidas de contención para evitar que se quiten el tubo al notar un objeto extraño y molesto. Si fueran necesarios muchos días, el facultativo decidirá si se hace una traqueotomía, lo cual es más cómodo que tener un tubo conectado a la garganta y sedado.

El paciente intubado es uno de los pacientes más complejos y delicados que existen en los centros hospitalarios, los cuales suelen estar en las unidades de cuidados intensivos, UCI, o también llamadas unidades de vigilancia intensiva, UVI, y

las causas que pueden llevar a que un paciente se le tenga que hacer este proceso pueden ser:

- Hipoxemia grave.
- Dificultad para expulsar las secreciones.
- Frecuencia respiratoria alterada.
- Nivel de consciencia desequilibrado.
- Paciente inestable a nivel vascular.
- Agitación no controlada.

El paciente intubado, por tanto, necesita de unos cuidados específicos, de higiene, que realizará el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) junto a personal de enfermería y celador. Uno de los cuidados no menos importantes es el de la higiene bucal, ya que la boca precisa una atención especial, ya que puede provocar unos problemas a posteriori como dificultades del habla, problemas de deglución o infecciones.

2 Objetivos

- Exponer las funciones del técnico auxiliar en cuidados de enfermería en pacientes que están intubados por distintas causas, y los cuidados básicos a llevar a cabo.

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 a las funciones del TCAE a la hora de cuidar a los pacientes entubados, 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.

Se han utilizado las siguientes palabras clave en los distintos buscadores: auxiliar de enfermería, TCAE, intubación endotraqueal, paciente intubado.

4 Resultados

Cuando una persona es sometida a una intervención quirúrgica programada, y se le aplica anestesia general, el enfermo entra en una situación de apnea, lo cual implica que la musculatura respiratoria olvide su función de obtener oxígeno

voluntariamente, es por ello que se debe de aportar externamente el mismo, a través de un tubo colocado en la entrada del árbol respiratorio. En la mayoría de las situaciones de emergencia, esta sonda se coloca a través de la boca.

Hay veces que se hace necesario una entubación endotraqueal, cuando hay alto riesgo de regurgitación del contenido gástrico y aspiración hacia el tracto respiratorio, evitando la aparición de otra patología como podría ser la neumonía por aspiración.

El técnico auxiliar de enfermería debe prestar unos cuidados básicos a los pacientes intubados, los cual repercutirá en su confort y comodidad, como es el caso de los cambios posturales cada 2 o 3 horas, según la pauta del médico y la gravedad de su cuadro clínico, para evitar las lesiones en la piel como las úlceras por presión, y para que el cuerpo descanse en otra posición intentando que no quede tan dolorido y bloqueado por la cantidad de horas que llevan encamados.

El TCAE ayudar al equipo de enfermería en el seguimiento del estado de salud del paciente, ayudándolo en el procedimiento de las curas, tomar las constantes vitales como la tensión o la temperatura, la higiene de la boca, el aseo diario o cuando sea necesario, los cambios de pañal, etc, en definitiva proporcionar las condiciones higiénico-sanitarias adecuadas para la recuperación del paciente, y favorecer un ambiente tranquilo y sin ruidos o conversaciones con elevado tono de voz para que el paciente pueda descansar, lo cual será parte de su recuperación.

El personal de enfermería es el responsable de la limpieza, cambio de la intubación o aspiración que llevan los pacientes, el TCAE se ocupará de la preparación de todo aquel material que sea necesario para sustitución de la intubación, así como para la realización de cualquier tarea que el médico o enfermera le requiera siempre que estén entre sus funciones.

Por ejemplo, cuando se le vaya a hacer la higiene, se colocará al paciente en la posición de Fowler, la cual permite tener el cabecero de la cara en una posición de 45 grados, favoreciendo la respiración y evitando la broncoaspiración, lo cual implicaría la aspiración de sus propios fluidos y que se produzcan diversas complicaciones. Se empezará por la cara y un celador, otro TCAE o en un momento puntual el Diplomado Universitario de Enfermería (DUE) le sujetará la cabeza y el cuello para que el tubo no se mueva y quede perfectamente colocado, siguiendo después por el tronco y las piernas, dejando lo último la zona genital, cambiando el agua enjabonada para esta zona. Debe ser ágil y rápido para que el paciente no se le hagan aspiraciones y se desature.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto la importancia de intubar a un paciente en el caso de que presente alguno de los siguientes cuadros clínicos: nerviosismo o agitación, no poder expulsar las flemas, presentar signos de inconsciencia, hipoxemia grave, etc. Siempre es por fines curativos o terapéuticos con el fin de restablecer los síntomas de asfixia, aliviar la entrada de oxígeno al organismo. Unas veces el tubo irá conectado desde la boca, pero otras veces, será conectado desde la garganta, siendo menos molesto para el paciente y no requerirá de sedación.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante este tipo de pacientes tendrá especial cuidado a la hora de realizar las labores básicas de aseo, o movilizaciones para que no se desconecte el tubo o provoque movimientos en el mismo que pueda provocar dolor en el enfermo, realizando las labores que le requieran el equipo médico y de enfermería.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://www.scielo.org/es/>.
3. https://www.clarin.com/viste/pasa-intuban-persona_0_eRwkqPJCL3.html.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003449.htm>.

Capítulo 262

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE TERMINAL Y LA IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA

FRANCISCA BLAZQUEZ PLA

INMACULADA INIESTA SANCHEZ

MARÍA JOSEFA MORCILLO VALERA

ROCIO MORENO CHINCHILLA

1 Introducción

Quando un paciente llega a la fase terminal, se llega a un proceso incurable, no hay marcha atrás para favorecer la curación o recuperación, por lo que el tratamiento que se pauta en estas ocasiones va encaminado a que no sufra, no tenga dolor, a que no se obsesione con su partida, a que no tenga miedo. Se controlarán los síntomas, y se apoyará psicológica y emocionalmente, en esos momentos duros, también a la familia. Normalmente, sucede todo en un periodo de tiempo corto, de 6 meses, aunque hay casos en los que se acorta mucho más

o se alarga un poco más en el tiempo. Las causas son: la demencia avanzada, un accidente cerebrovascular, enfermedades neurológicas degenerativas avanzadas, cáncer sin tratamiento posible, cirrosis, enfermedades cardiorrespiratorias evolucionadas, etc.

Este hecho también resulta doloroso y frustrante para los trabajadores sanitarios, que intentan siempre perpetuar la salud de los pacientes, por lo que llegados a este momento ya no es momento de aplicar tratamientos para curar, sino para aliviar o consolar, manteniendo siempre la calidad de vida dignamente.

Se sabe que se ha llegado a este punto porque el paciente: presenta varios cuadros clínicos, la enfermedad avanza notándose los cambios negativamente y no hay respuesta a los tratamientos aplicados. El TCAE sabrá actuar con empatía y respeto ante estos pacientes y sus familiares, comprendiendo su dolor, apoyando y siendo amable en todo momento, aportando todo lo que esté en su mano para ofrecer confort y comodidad al paciente en sus últimos días.

2 Objetivos

Explicar las funciones del TCAE ante pacientes terminales, destacando la importancia de los cuidados paliativos, así como el carácter cercano y profesional.

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 relativa a la labor que ejerce el TCAE en la fase terminal de los pacientes y la relevancia que tienen los cuidados paliativos en sus últimos días, 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.

Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores: cuidados paliativos, paciente terminal, TCAE, técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

El paciente terminal pasará por distintos estadios hasta el fallecimiento, de manera que el tratamiento pautado irá siendo más severo cada vez para paliar los do-

lores y el sufrimiento al que pueden llegar según el tipo de enfermedad. El médico pautará analgésicos, sedantes, antieméticos, ansiolíticos, y otros más secundarios, pero que ayudarán a tener una mejor calidad de vida dadas las circunstancias como laxantes, corticoides, anticoagulantes, diuréticos, vitaminas, hierro, antiarítmicos, etc.

Cuando se aplica la sedación como paliativo, el objetivo es reducir la consciencia del paciente en los últimos días, para que no sufra tanto dolor, y los pensamientos sobre abandonar a sus seres queridos o su hogar, no le hagan estar nervioso o triste. Este tratamiento se aplica con consentimiento explícito, implícito o delegado.

El TCAE deberá de conocer los síntomas comunes en esta situación, ya que lo normal es que el paciente presente, somnolencia, dolor, anorexia, boca seca, disnea, agitación, incontinencia, problemas intestinales, náuseas, dificultades para tragar, etc., avisando al equipo de enfermería si se observa un empeoramiento significativo de los mismos para que lo tengan en cuenta. Sus funciones son las siguientes:

- 1/ Comprobar que no hay ruidos en la habitación, hay un ambiente tranquilo también en los pasillos, así como preguntarle si tiene alguna molestia para aplicarle más tratamiento o para cambiarle de posición.
- 2/ Mantener la higiene de la piel y mucosas, vigilando que no se producen úlceras por presión, y si ya existieran deberá de echar cremas y realizarle cambios posturales para evitar la presión en esas zonas del cuerpo.
- 3/ Comprobar que tienen la cama bien hecha, que no están las sábanas arrugadas.
- 4/ Tomar las constantes vitales al paciente, temperatura, oxígeno en sangre, tensión, además de controlar y registrar la orina y las heces, ya que muchas veces no orinan y se encuentran estreñidos.
- 5/ Ante la negativa de beber agua, se le humedecerá la boca y la nariz con gasas mojadas en agua periódicamente.
- 6/ Cuando ya no quieren comer de las bandejas que les llevan, preguntarles si les apetece alguna infusión, yogur, vaso de leche caliente, zumo, etc.
- 7/ No crear esperanzas irreales a los familiares.
- 8/ Tener una actitud amable, empática, familiar, evitando siempre las discusiones, ya que a veces suelen estar muy nerviosos o tristes, expresando respeto en todo momento.
- 9/ Escuchar activamente al paciente y a los familiares.
- 10/ Hay veces que el paciente no quiere saber la enfermedad que tiene, por lo que se respetará esa decisión, haciéndoselo ver a la familia.

5 Discusión-Conclusión

Llegados a esta situación en la que no existe posibilidad de cura o de mejorar su cuadro clínico, el médico se encontrará en un papel secundario, ya que ahora el especialista que lleva el tratamiento será el de los cuidados paliativos ofreciendo, el cual se encargará de ofrecer calidad de vida, en los últimos días, confort y comodidad, y apoyo emocional al paciente y a los familiares. En este sentido, el TCAE, que estará ayudando en todo momento al equipo, debe mostrar un carácter empático, cercano, familiar, colaborando en que el paciente se encuentre tranquilo, y sin dolor, supervisando los síntomas para ante cualquier señal de alarma comunicárselo al equipo de enfermería.

El proceso de muerte en enfermos de carácter terminal es un proceso difícil en el que sobre todo se aplicará tratamiento farmacológico para atenuar los síntomas para que el paciente no sufra, como son: sedantes, ansiolíticos o analgésicos. El TCAE supervisará que el paciente se encuentra en un ambiente tranquilo, sin discusiones familiares que pueda escuchar, etc.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos.

Capítulo 263

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE LAS MEDIDAS DE CONTENCIÓN MECANICAS EN EL ÁMBITO SANITARIO

HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA

FRANCISCA BLAZQUEZ PLA

INMACULADA INIESTA SANCHEZ

MARÍA JOSEFA MORCILLO VALERA

ROCIO MORENO CHINCHILLA

1 Introducción

La contención mecánica son técnicas utilizadas en los entornos sanitarios con el fin de paliar una situación de carácter urgente que pone en peligro la integridad, seguridad o salud de una persona o de terceros debido a estados de agitación o de violencia, cuando ya se han empleado el resto de medios existentes, es decir, cuando ya se han agotado otras contenciones como la contención verbal, contención ambiental y contención farmacológica. Con ella se consigue contener de forma total o parcial, y no solo suele utilizarse en el ambiente psiquiátrico, sino

en geriatría en los que los pacientes se vuelven agresivos, se quitan sondas, vías, presentan estados de confusión o alteración mental, etc.

Hay que tener en cuenta de que la esperanza de vida cada vez es mayor, la población tiene más longevidad, por lo que en los Centros Sanitarios tanto el personal sanitario como no sanitario tiene que ser conocedor de las principales enfermedades y cuidados especiales a estos pacientes, aparte por supuesto de las unidades de Salud Mental, donde estos comportamientos serán muy recurrentes. Son medios físicos que pauta el facultativo o médico, aplicados por el personal de enfermería y el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Este último, siempre estará pendiente de colocar bien los distintos elementos, de manera que no le produzcan rozaduras, o úlceras por presión, u opresión de las distintas zonas del cuerpo. Deberá de tener un carácter amable, empático, conciliador, intentando no utilizar la brusquedad o falta de respeto, siempre buscando que no se pierda nunca la dignidad de la persona, aislándolo para que el resto de personas o pacientes no presencien estas situaciones.

2 Objetivos

Explicar el papel del TCAE cuando ayuda a poner los distintos tipos de contenciones mecánicas, dadas las situaciones de emergencia para que no se produzcan lesiones al propio paciente ni a personal trabajador.

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 a utilización de contenciones mecánicas en el ámbito sanitario y la colaboración del TCAE, 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.

Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores: medidas de contención, TCAE, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, contenciones mecánicas.

4 Resultados

El equipo médico y de enfermería deberá de observar si las contenciones han resultado exitosas según la respuesta del paciente. Las contenciones serán las siguientes: barandillas laterales en la cama, manoplas, arneses, tobilleras, muñequeras, cinturones, etc. Pero siempre se llevarán a cabo cuando esté presente todo el personal que se necesita, que suele ser como mínimo: un miembro del equipo de enfermería, dos o tres TCAE, un celador y un vigilante de seguridad, aunque sabemos que a veces en situaciones extremas hay que actuar de forma rápida y no se dispone inmediatamente de todo el personal necesario. Lo ideal es una persona para cada extremidad y para la cabeza, para no producirse golpes.

El TCAE preparará la cama donde se le tumbará al paciente, comprobando que se encuentra frenada y que se dispone de todos los elementos necesarios, además, todos deberán de no llevar objetos que pudieran resultar un peligro para los pacientes o trabajadores, como bolígrafos, tarjetas de identificación tijeras, relojes, etc u objetos personales que se pudieran romper como las gafas.

El cinturón es muy utilizado para sillas de ruedas, pudiendo ser: pélvico o abdominal. Son elementos que la sociedad los tiene integrados, y lo aceptan, ya que lo consideran necesario y útil dada la situación. Cuando se utilice el cinturón abdominal, se cogerán las dos sujeciones para miembros superiores y las dos sujeciones para miembros inferiores, así como las alargaderas para poder hacer empalmes y poder fijar mejor a la cama, y los botones y anclajes para cerrar todas las sujeciones con sus imanes correspondientes. Igual pasa con las barandillas de la cama, pero, sin embargo, las muñequeras o tobilleras suelen verse con rechazo. Ya sabemos que estos mecanismos limitan los movimientos parciales o totales, por lo que siempre se valorará utilizar el menos restrictivo. En la total se inmoviliza el tronco y las cuatro extremidades, y en la sujeción parcial se inmoviliza el tronco y dos extremidades cruzadas, es decir el pie y la mano contrarios. El TCAE comprobará que no tiene molestias en las muñecas o tobillos, que no existe demasiada presión para que le pueda causar heridas o traumatismos, y que el cinturón abdominal le permite respirar con comodidad.

Siempre se utilizarán elementos homologados y en buenas condiciones higiénico-sanitarias, y si el TCAE observará que aun así no son suficientes y que intenta lesionarse, o quitarse las sondas, los vendajes, apósitos, vías... se lo indicará al personal de enfermería para que se adopten otras medidas.

Estas medidas deben de durar el menor tiempo posible, 12 horas, pero en casos extremos pueden aplicarse hasta las 72 horas, pero cuando el médico observe que ya ha pasado la crisis, se procederá a quitar la contención, que se irá haciendo

poco a poco, pasando de una contención parcial si se empleó la total, y después quitando todos los dispositivos. Pero en la contención parcial, nunca se quitará uno de los dispositivos de una extremidad, quedando la otra, ya que sería contraproducente.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto, las contenciones mecánicas son muy útiles dados ciertos momentos de inestabilidad física, psíquica o emocional del paciente, ya que en estos cuadros clínicos en los que el paciente se muestra violento o agresivo, puede hacerse daño a él mismo a o algunos de los trabajadores sanitarios o no sanitarios que se encuentran prestando un servicio asistencial en el ámbito sanitario. Es por ello que siempre se emplearán los métodos menos restrictivos de la libertad individual, y que permitan seguir preservando la dignidad de la persona. Estos suelen ser: barandillas laterales, cinturones, muñequeras, tobilleras, etc.

El TCAE, ante este tipo de pacientes, mostrará un carácter familiar, entendiendo la situación y actuando de forma eficaz y ágil, supervisando siempre que no se producen daños en la piel, hematomas, comprensión de los nervios, daños en los tejidos, etc., vigilando que después se queda tranquilo en su cama, con buena postura asegurando todos los cuidados básicos que precise, como de aseo, alimentación, animarle a que beba agua, etc.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://www.nuestraenfermeria.es/contencion-mecanica-que-es-y-como-la-utilizamos/>

Capítulo 264

CUIDADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR

OLGA NAVARRO CIFUENTES

MERCEDES TENDERO ALARCON

TOMÁS GARCÍA TENDERO

NURIA CÁRCELEN PÉREZ

JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ

1 Introducción

La patología diverticular es muy prevalente en nuestra población, llegando al 65% de los individuos mayores de 65 años, y únicamente al 5% de los menores de 40, implicando un gran impacto a nivel clínico y económico. Se aprecia una amplia diversidad clínica en su presentación, de los cuales el 5% tendrán cuadros clínicos severos.

Los divertículos son diminutas bolsas abultadas que se desarrollan en la cara interna de la mucosa intestinal. La diverticulitis sucede cuando estas bolsas se inflaman o se infectan.

La diverticulosis es una enfermedad que tiene lugar cuando se presentan pequeños sacos protuberantes en la región interna del intestino. Estos sacos se llaman divertículos.

Se concibe una multiplicación en la flora intestinal de la enfermedad diverticular no complicada y de la diverticulitis aguda no complicada. Una dieta baja en fibra se ha relacionado con una alteración perjudicial en la flora saprofita y afectación de la inmunidad local, estimulando una inflamación crónica que constituye un factor predisponente a la diverticulitis aguda.

La existencia de la diverticulitis aguda puede variar desde un dolor abdominal leve por perforación local hasta un dolor estomacal intenso con irritación peritoneal por una perforación más grande.

Muchos de los pacientes con enfermedad diverticular tienen diverticulosis, antes se creía que entre un 15 y un 25% de los mismos desarrollarían una diverticulitis aguda a lo largo de los años.

En torno a los sesenta años de edad, una parte importante de la población presenta diverticulosis, en este sentido puede desempeñar un papel imprescindible el estilo de vida de los pacientes. El elevado consumo de grasas, embutidos y carne roja suponen factores predisponentes para esta enfermedad.

2 Objetivos

- Dar a conocer los avances que se producen en la enfermedad diverticular.
- Determinar las recomendaciones por parte del TCAE para evitar su progresión y recurrencia.
- Mostrar las claves del tratamiento más adecuadas a cada subtipo de diverticulitis

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo se ha realizado una búsqueda sistemática a partir de bases de datos como Medline, Scielo y PubMed.

Los participantes de este estudio comprendían edades entre 30 y 70 años, se han recabado datos de diferentes países de barrios marginales cuyo nivel de educación fue inferior.

Se ha recogido información estadística de Europa y América.

4 Resultados

El tratamiento de la enfermedad diverticular se llevará a cabo mediante ingreso en planta para administración de medicación antibiótica, analgésica y antiemética.

Se establecerán una serie de medidas terapéuticas según el caso:

- Diverticulosis asintomática.

Tratamiento médico: No recomendado.

Recomendaciones: No fumar, dieta pobre en fibra, eliminar el alcohol, realizar ejercicio diario, prevenir la diabetes y controlar la escasez de vitamina D.

Tratamiento quirúrgico: No recomendado.

- Enfermedad diverticular sintomática

Fármacos: Rifaximina 400 mg/7 d+ Melasazina +Probióticos.

Recomendaciones: Dieta con poca fibra, evitar alcoholismo.

Tratamiento quirúrgico: No recomendado.

- Diverticulitis aguda

Tratamiento de los síntomas sin antibióticos.

Recomendaciones: Dieta baja en residuos en fase aguda.

En la diverticulitis complicada resección local de la zona afectada.

Cuando la diverticulosis se desarrolla sin presencia de síntomas no requiere tratamiento continuado, ya que es un suceso aislado. Las recomendaciones son sencillas: evitar el tabaco, una dieta alta en fibra insoluble, evitar el alcohol y practicar deporte diario.

Para el abordaje de la diverticulitis aguda no complicada se establece un tratamiento sintomático de forma ambulatoria. Se han encontrado estudios especializados en la materia que afirman que el empleo continuado de antibióticos no muestra efectos beneficiosos en la recurrencia, ni en la aparición de efectos secundarios, duración del ingreso hospitalario o disminución de las tasas de mortalidad o morbilidad.

Se debe considerar que la inflamación crónica de bajo grado es el punto más importante a la hora de instaurar el tratamiento de la enfermedad diverticular. El aprendizaje sobre nuevos conceptos posibilitará una mejor intervención terapéutica, optimizando la calidad de vida de estos pacientes.

Por otra parte, si a lo largo del transcurso de la enfermedad el paciente desarrolla peritonitis, es urgente y necesaria la consulta al cirujano que le intervino. La

mortalidad por peritonitis puede llegar a comprender el 35% en estos casos.

5 Discusión-Conclusión

La fisiopatología de la enfermedad diverticular ha sido actualmente estudiada. La etiología del cambio entre diverticulosis y enfermedad diverticular es más compleja de lo que se pensaba y probablemente debida a muchos factores.

Mediante el aprendizaje del conocimiento de esta patología se debe proporcionar educación para la salud colónica de estos enfermos y hacer frente a las posibles complicaciones.

A día de hoy, hay afirmaciones para determinar que existe asociación entre la enfermedad diverticular y el cáncer colorrectal.

Acercándose a los 60 años, hay un grupo de la población que presenta diverticulosis, ejerciendo un papel importante el estilo de vida de los pacientes, por ello es de suma importancia recalcar los cuidados necesarios.

El objetivo primordial de los profesionales sanitarios, entre los que se encuentra el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, está enfocado a disminuir la sintomatología de cada paciente y promover la educación sanitaria para prevenir de mayores complicaciones en un futuro próximo.

6 Bibliografía

1. Amerine E. Prevención y tratamiento de la diverticulitis aguda. Nursing. 26(7):33-35. Disponible en: Prevención y tratamiento de la diverticulitis aguda | Nursing (elsevier.es).
2. Fluxá D, Quera R. Enfermedad diverticular: mitos y realidades. Rev Med Chile 2017; 145: 209-218. Disponible en: art09.pdf (conicyt.cl).
3. Gea Artigas B. Proceso de atención de enfermería en paciente que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal. Ocronos. 2021;4(11): 30.
4. García López N, López López A, Muñoz Verde M, Romanos Visiedo A. Plan de cuidados enfermeros en urgencias en paciente con diverticulitis. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. 2019:1-3.
5. Stollman N, Raskin J.B. Diverticular disease of the colon. Lancet. 2004; 363: 631-9.
6. Parks T.G. Natural history of diverticular disease of the colon. Clin Gastroenterol 1975; 4: 53-69. 7.

7. Stollman N.H, Raskin J.B. Diagnosis and management of diverticular disease of the colon in adults. Ad Hoc Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Am J Gastroenterol 1999; 94: 3110- 21.
8. Diverticulosis and Diverticulitis. NIH Publication 07-1163, October 2006. Disponible en: <http://www.digestive.niddk.nih.gov>.
9. Zalduendo Ferrer L, Díez Velasco J.I, Espés Malo S, Ordóñez Arcau A, Gimeno Zaragaza J, Fanlo Colás A. Plan de cuidados de enfermería a un paciente con diverticulosis. RSI. 2021;2(5).
10. Calavia Recio A, Pérez Herrer L , Aisa Cosío C, Benaiges Blanch S, Ferrer Aguiló A, García Auría L. Plan de cuidado de enfermería a una paciente con diverticulitis. Rev Electr de Port Med.com. 2020; 25(2).
11. Martínez-Pérez Carolina, GarcíaCoret María José, Villalba-Ferrer Francisco L. La enfermedad diverticular hoy. Revisión de la evidencia. Rev. cir. 2021 Jun; 73(3): 322-328.

Capítulo 265

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PLANTA DE NEONATOS

OLGA NAVARRO CIFUENTES

MERCEDES TENDERO ALARCON

TOMÁS GARCÍA TENDERO

JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ

NURIA CÁRCELEN PÉREZ

1 Introducción

Las investigaciones en el cuidado de los niños han ido acompañadas de muchos avances en la medicina de los últimos años. Los servicios en los que se ofrecen cuidados a neonatos, han demostrado ser más efectivos, además de ejercer un papel encomiable en la reducción de la mortalidad.

En este contexto, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) constituye una parte esencial del comité interdisciplinar donde todos los trabajadores de este servicio deben constituir un conjunto asistencial.

Neonatología, es la rama médica encargada de promover hábitos saludables y prevenir morbilidad de los neonatos. De otra forma, se centra en la atención de los niños ya desde el nacimiento.

Muchos bebés muestran algunas afecciones por las que deben quedar ingresados en la planta antes de marcharse a su domicilio con sus familias y allegados. Usualmente, si no presentan otros problemas que precisen ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Uno de los principales fines de esta unidad es la curación del niño junto, asimismo proporcionarle el mayor confort y tranquilidad en la medida de lo posible, prestando atención también a la familia.

La mayor implicación dedicada a la familia determina que esta pueda intervenir de manera directa y precoz en los cuidados.

Resulta imprescindible hacer a los padres a ser partícipes de los cuidados del neonato, propiciando su aprendizaje y conservando los lazos paterno-filiares.

2 Objetivos

- Mostrar las principales funciones del TCAE en planta de neonatología.
- Proporcionar los objetivos para una adecuada comunicación con los padres del bebé.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, a partir de diferentes bases de datos, sobre las principales funciones a desarrollar por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de Pediatría. Para ello se han revisado artículos científicos procedentes de revistas científicas sanitarias, en las bases de datos tales como: PubMed, Dialnet, Medline y el buscador Google Académico.

4 Resultados

Algunas tareas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para optimizar la asistencia al paciente en el servicio de Pediatría son:

- ☒ Reconocer de manera inequívoca a los pacientes.
- ☒ Ejercer diversas acciones con el objetivo de garantizar el correcto desarrollo del niño: monitorizar al neonato: temperatura, tensión arterial, frecuencia respiratoria y cardíaca, y saturación de O₂ en caso necesario.
- ☒ Test de Apgar al minuto, a los 5 min del nacimiento y a la hora.
- ☒ Registrar los parámetros antropométricos de los recién nacidos (peso, talla, perímetro cefálico, etc.)

- ☒ Comprobar la historia del neonato, consultando y recogiendo toda la documentación precisa para su estancia en el servicio, colocar las pulseras identificativas a la madre y al niño en el mismo instante del ingreso.
- ☒ Revisar la medicación crónica y todas las vacunas que se le han administrado a cada bebé sin pasar por alto las alergias e intolerancias.
- ☒ Cuidados elementales, como la ducha, con especial precaución con los ojos y el cordón umbilical, balance hídrico (orina, agua, etc.), control del descanso y reposo...
- ☒ Realizar la higiene de manos con solución hidroalcohólica, ya que hay un elevado riesgo de infecciones nosocomiales.
- ☒ Comprobar la asepsia de la habitación: cama, mesitas. Si hemos usado sondas de aspiración, reponerlas.

Cuidados Complementarios

- Vigilancia de la incubadora.
- Conservación y mantenimiento de los dispositivos (cuna, incubadora, bomba de perfusión, monitor, concentradores de oxígeno y máquinas de aspiración).
- Desinfección y esterilización del material necesario
- Reponer el equipo necesario
- Si el bebé es prematuro, con bajo peso o presenta alguna enfermedad severa, precisará de tratamiento especial (nutrición parenteral, toma de las constantes vitales...).

El TCAE es el profesional que más vínculos establece con el paciente, ya que se encarga de la higiene íntima, por lo que debe de estar pendiente de cualquier incidencia o problema que evidencie en él, y transmitirlo de forma directa al personal de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

En los cuidados del neonato intervienen un conjunto de profesionales sanitarios, formado por pediatras, enfermeros, el equipo de rayos y en caso necesario, otros facultativos especialistas en el diagnóstico y tratamiento de patologías complicadas, cirujanos especializados en cirugía pediátrica, traumatólogos, otorrinolaringólogos etc.

Los auxiliares de enfermería conforman un grupo dispuesto y competente profesionalmente y altamente cualificado con las habilidades técnicas y comunicativas que requiere el servicio de pediatría.

Es muy importante que los departamentos de los hospitales sepan apreciar su función, ya que intervienen en hacer más amena la estancia hospitalaria de los recién nacidos, además de llevar a cabo sus tareas y actuaciones en esta unidad. Además, suponen un hombro donde apoyarse donde el niño y sus familiares puedan descargar su frustración personal expresando aquellos sentimientos negativos que inundan sus pensamientos.

6 Bibliografía

1. Álvarez Iglesias B. Cuidados del técnico auxiliar de Enfermería en los pacientes pediátricos. *Ocronos*. 2021; 4 (8): 119.
2. García, M. R. El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería en la UCI-Pediátrica. *Revista Española de*.2017; 73 (1): 102-104.
3. Pipe documentos.[Internet]. Albacete: pipe documentos; c2017[citado 1 marzo 2022]. Estructura y funcionamiento de la unidad de pediatría.Planta 6ª izquierda; [aprox 18]. Disponible en: https://www.chospab.es/enfermeria/pipe/pipe_documentos/pediatrica_cirugia_pediatria.pdf.
4. Ibañez Tejedor R.M, Ortega Altamirano A, Domingo Remon A, García Asendio E, Alcazar Martínez D, Márquez Ocaña C. Técnicas en cuidado auxiliar de enfermería, en la unidad de neonatología. *RSI*. 2023; 4(5).
5. García Chaparro E. Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de neonatología. *Ocronos*. 2022; 5 (3):84. Disponible en: <https://revistamedica.com/tcae-unidad-de-neonatologia/>.

Capítulo 266

EL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU ACTUACION EN CONSULTAS EXTERNAS DE UN HOSPITAL.

ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA

MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ

SONIA GALINDO LOPEZ

JANIS SÁNCHEZ CORRAL

PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA

1 Introducción

En este capítulo se hablará sobre la actuación del personal TCAE en consultas externas de un hospital.

Una correcta atención médica en una consulta no depende solo del aspecto profesional del médico que realiza la exploración y atención al paciente; cuando un paciente llega a una consulta, todo lo que en ella ocurre debe estar preparado, el paciente debe sentirse lo más cómodo posible mientras se le está explorando y mientras el médico realiza las pruebas diagnósticas necesarias. El TCAE es el profesional encargado de preparar la consulta.

Cuando un paciente acude a una consulta es fundamental realizar una escucha activa.

2 Objetivos

Exponer las funciones del personal TCAE en consultas externas.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Podemos dividir las funciones del TCAE en las consultas externas en dos grupos, las funciones relacionadas con la preparación de la consulta y las que se relacionan con la preparación del paciente.

1. La consulta:

La consulta médica no es tan solo un espacio físico, consideramos consulta a un conjunto de medios humanos y materiales y a una serie de actividades diagnósticas que se realizan para la atención a un paciente. En el espacio físico podemos distinguir dos zonas, la zona de entrevista, en la que el médico realiza la anamnesis al paciente y recoge los datos en la historia clínica, y la zona de exploración, en la que el médico realiza una exploración física al paciente y si es necesario recoge muestras o realiza otras pruebas diagnósticas. Antes de la consulta, el TCAE preparará la mesa auxiliar con el material e instrumental que se necesitará según el tipo de consulta, ordenará y preparará los documentos necesarios y preparará la camilla de la zona de exploración, además comprobará temperatura, iluminación, corrientes de aire, etc.

Una vez finalizada la consulta deberá recoger el material utilizado y procederá a reponerlo, enviando el material a limpieza y esterilización si así se precisa.

2. Preparamos al paciente:

Dependiendo del tipo de consulta en la que estemos trabajando, el TCAE deberá conocer las técnicas de exploración que se van a realizar para poder así colaborar en la preparación del paciente. Antes de la exploración, el TCAE ayudará al paciente a desvestirse si es necesario y lo colocará en la camilla sobre una sabanilla en la posición apropiada para la exploración (que dependerá del servicio al que pertenezca la consulta), el TCAE tapará con una sabanilla al paciente protegiendo en todo momento su intimidad y procurando que se sienta cómodo.

Mientras tiene lugar la exploración, el TCAE irá cubriendo los volantes de aquellas pruebas que se vayan a realizar y colaborará con el médico en el desarrollo de sus funciones.

3. La exploración física:

Consiste en una serie de pruebas generales que ayuda al médico a detectar los signos y conocer los síntomas que aportarán información para el diagnóstico.

- Inspección. Analiza aspectos como el estado nutricional, la coloración de la piel, estado de hidratación, actitud o estado mental.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de esta revisión bibliográfica, la labor que desempeña el personal de técnico en cuidados auxiliares de enfermería con este tipo de pacientes que acuden al centro hospitalario es fundamental para brindarles una mejor calidad de vida durante su estancia en el centro hospitalario.

El personal TCAE es uno de los profesionales sanitarios que más tiempo pasa con los pacientes y es por ello que mostrar una cierta empatía hacia ellos hará que se sientan más cómodos.

En las consultas externas tienen lugar diferentes actividades que permitirán el diagnóstico y posterior tratamiento de enfermedades; el TCAE es un profesional con un contacto directo con el paciente, lo que implica que es importantísimo que sea capaz de conectar con el paciente para ayudarlo a sentir esa cercanía y pueda sentirse cómodo mientras se realizan las pruebas diagnósticas.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 267

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE CRONICO Y TERMINAL INGRESADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO

MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ

SONIA GALINDO LOPEZ

JANIS SÁNCHEZ CORRAL

PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA

ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

Para comenzar el presente trabajo, vamos a hablar a modo de introducción quién es el personal de Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) que va a desempeñar sus funciones en un centro hospitalario.

Se puede decir que el personal de técnico en cuidados auxiliares de enfermería es aquella personal que ha cursado y terminado los estudios de grado medio de Auxiliar de enfermería.

A modo general, el personal TCAE es el profesional del ámbito sanitario que se va a encargar de cuidar a los pacientes que acuden al centro sanitario en lo que se refiere a cuidados del aseo, movilidad y alimentación.

En este capítulo hablaremos sobre la actuación del personal TCAE ante un paciente crónico y terminal.

Podemos decir que una enfermedad crónica es aquella enfermedad que no tiene cura, pero que sí se puede controlar.

. Es una afección que durara un largo periodo de tiempo y es posible que vaya empeorando. Cuando nos referimos a un enfermo crónico terminal, nos encontramos ante un paciente crónico que ya no responde a tratamientos y por ende se esperara el fallecimiento en un breve periodo de tiempo. Ante esta situación, el tratamiento que se adecua al paciente es un cuidado paliativo, que busca aliviar el dolor y el sufrimiento tanto físico como emocional del paciente y también de sus familiares

2 Objetivos

Explicar cuál es la figura del personal TCAE y cuál es su actuación ante un enfermo terminal.

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

Lo importante a tener en cuenta en este tipo de situaciones es respetar los derechos y la intimidad de la persona, su dignidad y bienestar personal. Intentaremos procurarle la mejor calidad de vida posible, tanto si tratamos a un paciente crónico, como si hablamos de un paciente en estado terminal.

Será primordial para nosotros el apoyo emocional y afectivo al paciente. Estaremos pendientes también, siempre que este a nuestro alcance, el apoyo a la familia

para superar la crisis. Es por ello que la actuación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería va a ser tanto de tipo físico como de tipo psicológico, para con el propio paciente y sus familiares.

Los cuidados generales son similares a los que se aplican al resto de los pacientes. Los cuidados específicos dependen de la patología del paciente y en la fase en la que se encuentre en ese momento. Es en el tema emocional donde tendremos que hacer especial hincapié. También es importante en estos casos que nuestra profesionalidad esté por encima de nuestros sentimientos y no mostrar flaqueza ante el paciente y sus acompañantes ante un momento de crisis y desesperanza. Tampoco adoptaremos una posición de apatía o despreocupación frente a un paciente que conoce la gravedad de su estado y que, incluso, haya podido aceptar la idea de su muerte.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería podrá escuchar al enfermo, hablar, compartir sus inquietudes y dejarle que exteriorice sus temores. No debemos evitar que hable de su enfermedad, ni de su situación terminal, ni de su fallecimiento, pero no incitar nunca a hablar de ello, ya que es él, quien debe ser el que hable de lo que le preocupa. Tampoco daremos nuestro punto de vista ni aconsejaremos de forma personal, trataremos de escuchar lo que nos diga el paciente. No daremos falsas esperanzas ni mentiremos, pero tampoco suprimiremos la ilusión que muestre el paciente. Una cualidad esencial del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es saber tener tacto en el momento de tratar con estos pacientes y sus familiares. A veces, los pacientes no tendrán ganas de hablar ni de estar acompañados, pero es conveniente que le hagamos ver que estamos con él y que no está solo en este trance, por ejemplo, sujetando su mano o quedarse junto a su cama.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de esta revisión bibliográfica, la labor que desempeña el personal de técnico en cuidados auxiliares de enfermería con este tipo de pacientes que acuden al centro hospitalario es fundamental para brindarles una mejor calidad de vida durante su estancia en el centro hospitalario.

El personal TCAE es uno de los profesionales sanitarios que más tiempo pasa con los pacientes y es por ello que mostrar una cierta empatía hacia ellos hará que se sientan más cómodos.

Nos encontramos ante un caso en el que no solo tenemos que tener un tacto especial con el enfermo, sino también tenemos que aprender a batallar con los sentimientos de dolor de sus familiares ante la pérdida inminente de un ser querido

6 Bibliografía

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

Capítulo 268

EL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL SANITARIO

SONIA GALINDO LOPEZ

MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ

JANIS SÁNCHEZ CORRAL

PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA

ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

La esterilización es una técnica que consiste en la eliminación total de microorganismos, bacterias, virus, hongos y sus formas de resistencia de los objetos inanimados. Por lo tanto, se puede considerar el nivel más alto de seguridad y letalidad.

Una de sus principales características es que no debe ocasionar cambios en el funcionamiento ni apariencia de materiales, es aplicable a materiales que entrarán en territorio orgánico estéril o torrente sanguíneo y podemos decir que cuando

hablamos de materiales esterilizados podemos decir que también son materiales asépticos.

2 Objetivos

- Comprender las principales funciones del TCAE en el servicio de esterilización.
- Describir los diferentes conceptos y métodos de esterilización existentes.

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 instrumental quirúrgico o todo aquel que se utiliza a nivel hospitalario con la característica de ser reutilizable suelen ser elementos costosos, sofisticados y muy delicados, por eso es importante un cuidado meticuloso; y de ahí que el TCAE deba realizar el Proceso de Esterilización (limpieza, desinfección y esterilización). Las etapas del proceso son:

1. Pre-lavado y Pre-desinfección: el instrumental debe ser sumergido (después de ser utilizado) en agua en alcohol y así eliminar los residuos para posteriormente poder limpiarlos, desinfectarlos y esterilizados. Si fuera necesario, el TCAE desmontaría o abriría el instrumental contaminado para eliminar con agua a presión la materia orgánica visible.
2. Limpieza: puede ser manual (limpiar el instrumental con un cepillo de cerdas suaves, un desinfectante antibacteriano o un detergente con pH neutro 7.0 y agua caliente a 40° de temperatura. En estos casos el TCAE debe prestar especial atención a las piezas desmontables), la limpieza puede ser automática (mediante lavadoras con procedimientos mecánicos de limpieza y desinfección validados según la norma EN ISO 15883, se considera uno de los métodos más seguros); otra manera es la desinfección por ultrasonidos (donde no se utilizarán ni limpiadores

ni almohadillas abrasivas, ni disolventes ni cepillos metálicos; sino que se meterán los instrumentos en un baño de ultrasonidos con solución desinfectante y agua caliente a 40° de temperatura durante 15 minutos).

3. Desinfección: hay que elegir un desinfectante químico que se aplicarán mediante 3 procedimientos: fricción, inmersión y vaporización.

4. Aclarado y secado: El instrumental se debe aclarar dos veces con agua purificada para posteriormente realizar un correcto secado.

5. Lubricación: para proteger el instrumental de la corrosión, óxido y picaduras.

6. Esterilización: así se garantiza la desaparición de cualquier microorganismo para evitar infecciones. Se realiza con vapor a una temperatura de 134 °C.

5 Discusión-Conclusión

Es una función esencial del técnico en cuidados auxiliares de enfermería conocer los diferentes métodos de esterilización y saber cuándo utilizar cada método, ya que, en caso de una mala esterilización de material, podría significar un alto riesgo para el paciente, incluso podría llegar a ser mortal.

Además, antes de proceder a la esterilización de cualquier instrumento u objeto, tienen que tener toda la información acerca de él: de donde viene, cómo se tiene que esterilizar, cuáles son sus riesgos... Y tienen que conocer perfectamente el plan de actuación en caso de que entren en contacto con el material antes de esterilizar para evitar riesgos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 269

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PLANTA DE ONCOLOGÍA

OLGA NAVARRO CIFUENTES

JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ

NURIA CÁRCELEN PÉREZ

TOMÁS GARCÍA TENDERO

MERCEDES TENDERO ALARCON

1 Introducción

El cáncer es una patología en la que algunos elementos del cuerpo se propagan sin medida y proliferan a otras regiones del cuerpo.

El servicio de planta oncológica es una sección que proporciona cuidados y tratamientos específicos para el abordaje de esta enfermedad.

Según el registro español de tumores, sobre los avances en investigación de los tratamientos, el índice de supervivencia global en España a partir de los 5 años del diagnóstico es mayor al 75%. Sin embargo, no hay afirmación absoluta de

haber erradicado el cáncer debido al riesgo de padecer una nueva neoplasia. Se debe realizar un seguimiento continuado de por vida.

Además, el cáncer siempre ocasiona mucho padecimiento físico, espiritual y psicológico, tanto en la víctima como en sus familiares. Un equipo interdisciplinar bien formado es imprescindible para aminorar el sufrimiento que provoca esta patología.

En este sentido, una buena conexión con el paciente en conjunto con el alivio sintomático y la ayuda emocional son los fundamentos esenciales que favorecen el desarrollo día a día de nuestro trabajo. Ser poco precavidos a la hora de dar malas noticias puede provocar un sufrimiento innecesario en nuestros pacientes, que puede llevar un fracaso en la relación sanitaria médico-paciente.

La familia será el pilar fundamental de soporte emocional y psicológico del paciente, será el principal protagonista junto con el enfermo de sus cuidados.

2 Objetivos

Exponer la importancia de enseñar a los técnicos de enfermería conocimientos a cerca de las funciones a desarrollar en una planta de oncología, y las actitudes necesarias para establecer una relación de ayuda formal con el paciente, mediante una comunicación terapéutica y un apoyo emocional imprescindible.

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

Para lograr las cualidades de comunicación efectivas en el TCAE, se ha revisado un protocolo del hospital general de Albacete denominado “aprendizaje psicoterapéutico”, esto propicia la mejora del trabajo en equipo, aprender a realizar una

valoración sobre la información que refiere el paciente y optimizar las habilidades comunicativas.

Frente a un diagnóstico desfavorable, las respuestas son múltiples. Es fundamental comprobar la respuesta del individuo ante la mala noticia, si se perciben largos silencios se debe preguntar para que transmita los sentimientos negativos y participar con la familia con el fin de aceptar las reacciones de los pacientes.

Las funciones del TCAE en este servicio son:

Recepción del paciente y poner pulsera identificativa

Prestar asistencia en la preparación del material si fuera necesaria la extracción de una analítica sanguínea

Recibir la historia clínica y revisar que incluya la documentación necesaria para el servicio

Prestar apoyo en la preparación de volantes y otra documentación

Acomodar al paciente en su habitación para que pueda recibir el tratamiento pertinente y explicarle como funcionan las instalaciones

Reposición y recogida del material

Preparación de pedidos de medicación y dietética

Cuando se pautan tratamientos de quimioterapia, es importante revisar que la bolsa coincida con la del paciente, verificando nombre del usuario, fármaco correcto, vía correcta, y dosis correcta. Sobre la etiqueta se apuntará la habitación en la que está el paciente.

Además de dichos tratamientos, es fundamental proporcionar un ambiente emocionalmente estable para el paciente y sus allegados. Una buena relación sanitario-paciente es de suma importancia para desarrollar un entorno de confianza y fomentar la participación activa de todos durante el proceso.

En el aspecto emocional, todo personal de enfermería debe mostrar interés, ya que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y enfermeros son los que tienen un trato más cercano y allegado con el paciente. Una atención empática y amable ayudará a la confianza del paciente y su familia.

En este contexto, los profesionales sanitarios deben realizar un cometido fundamental:

El silencio terapéutico es una intervención novedosa pero efectiva. Es complicado responder a una afirmación como “creo que no me quedan fuerzas para seguir”. La respuesta más adecuada en este caso es el silencio terapéutico para favorecer

la libre expresión de pensamientos y sentimientos negativos.

5 Discusión-Conclusión

La función del TCAE es esencial en este servicio de oncología, ya que lleva cabo los cuidados más básicos para el proceso de tratamiento.

Es adecuado destacar dos objetivos, implementar una técnica para transmitir malas noticias y enseñar a los técnicos de enfermería en el control de la comunicación efectiva con el paciente.

De esta forma, el técnico cuidados auxiliares de enfermería ofrecerá el apoyo emocional imprescindible y será el canal mediante el cual el paciente pueda confiar sus sentimientos.

Como consecuencia del elevado impacto del diagnóstico y las circunstancias complejas a las que hacen frente estos enfermos, es importante formar al personal sanitario en la adquisición de habilidades para poder transmitir malas noticias, así como asistir al enfermo en todas las fases de la enfermedad.

6 Bibliografía

http://www.hospitalsanjuandedios.es/upload/cuidando/doc/malas_noticias_y_apoyo_emocional.pdf. <https://reunir.unir.net/handle/123456789/9335>.
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/437>.
http://www.hospitalsanjuandedios.es/upload/cuidando/doc/como_comunicar_malas_noticias.pdf.

Capítulo 270

RECOGIDA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS Y TRANSPORTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL Y PEDIÁTRICA

VERÓNICA PLAZA MORENO

HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ

MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS

MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO

RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La recogida de muestras sanguíneas se utilizan para medir, analizar células, parámetros diagnósticos, sustancias químicas, proteínas, valores infecciosos, se utilizan en procesos de rutina, pero también en situaciones graves o de urgencia. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), en la unidad de cuidados intensivos (UCI) neonatal y pediátrica, tiene la responsabilidad de la recogida directa de muestras biológicas del paciente, como la sangre para su análisis.

Interviene en su identificación, etiquetado, conservación y envío al laboratorio. Una muestra no es válida si no cumple una serie de requisitos, tan importante como su obtención es la manipulación, transporte y procesamiento desde la unidad de cuidados intensivos neonatal y pediátrica hasta el laboratorio de diagnóstico clínico para su posterior canalización.

Cuando se obtienen muestras sanguíneas hay que ser muy cuidadoso con las técnicas, utilizando el proceso correcto y evitando siempre que pudiera existir contaminación de las muestras.

Existen varias fases de la analítica: son la decisión de realizar la analítica sanguínea, el procedimiento llevado a cabo para la extracción, la fase en la que se realiza la analítica y el análisis de la muestra.

2 Objetivos

-Conocer los protocolos existentes, en la unidad de cuidados intensivos neonatal y pediátrica de las distintas extracciones sanguíneas.

3 Resultados

EXTRACCIÓN DE SANGRE

La muestra de sangre puede ser: capilar, venosa o arterial.

CAPILAR

La extracción de sangre se realiza mediante punción periférica del talón.

La punción del talón se requieren pequeñas cantidades de sangre.

El talón se calienta previamente unos 10 minutos, el TCAE calentará una compresa tibia o un dispositivo que aporte calor al talón.

Material a preparar por el TCAE.

- Lancetas donde el largo del punzante es menor de 2,4 mm permiten que sea el máximo de introducción en el tejido.
- Gasas estériles: unas impregnadas en clorhexidina acuosa al 2% y otras secas para hacer hemostasia.
- Batea
- Guantes
- Compresa tibia, bolsa con gel para calentar el talón previamente a la punción.
- Cualquiera que sea el elemento que se utilice se debe controlar la temperatura antes de aplicarlo.

- Tubos de analítica, tipo Microtainer o bien tubos de cristal para recolección de muestra para geometría capilar.
- Contenedor de punzantes.

VENOSA

La punción venosa permite la extracción de una muestra sanguínea, en este caso la cantidad a extraer puede ser mayor.

Material a preparar por el TCAE.

- Aguja 23G o bien palomilla de 23G.
- Jeringas de 1 ml o 2 ml.
- Gasas estériles: unas impregnadas en clorhexidina acuosa al 2% y otras secas para hacer hemostasia.
- Compresor elástico.
- Batea
- Guantes
- Tubos de analítica tipo Microtainer.
- Contenedor de punzantes

ARTERIAL

La canalización arterial es tomar muestras para exámenes analíticos o bien para monitorizar valores gasométricos. Material a preparar por el TCAE.

- Batea
- Gasas impregnadas en clorhexidina acuosa al 2%
- Gasas estériles secas y adhesivo
- Aguja intravenosa o palomilla 25-27G, en función de la arteria y la edad gestacional del recién nacido.
- Guantes estériles, tubos para muestras sanguíneas según las analíticas solicitadas.

Una vez obtenida la muestra, se identifica, fija al volante y manda al laboratorio correspondiente por el tubo neumático en la mayor brevedad posible.

Hay muestras que no se deben mandar por el tubo neumático, sino que hay que llevarlas en mano al laboratorio, ya sea por lo delicado de la muestra o por la dificultad de la extracción.

MICROMUESTRAS.

Una de las técnicas más usadas en la UCI neonatal y unidades de urgencias neonatales, es de enfermería, la extracción de una pequeña cantidad de sangre para su análisis.

Se recoge capilarmente en un tubo fino de cristal o, en jeringa, obtenido de una vía que tenga ya el paciente.

Los resultados pueden obtenerse en la misma unidad, ya que hay aparato analítico en las unidades, el transporte y obtención de resultados será labor del TCAE.

El TCAE debe colaborar en todo el proceso de recogida de muestras sanguíneas, capilares, venosas y gasometrías, junto al equipo de enfermería, o facultativos, debe ser un proceso seguro, en el que además de adecuar al paciente, el técnico deberá colocar en la postura más adecuada, sujetando si fuera preciso para tener una extracción segura, calmando la irritabilidad, preparando el material para cada extracción en una batea que permita tener a mano todo el material necesario.

Hay muestras que no es aconsejable que se envíen al laboratorio, no se deben mandar por el tubo neumático, sino que hay que llevarlas en mano al laboratorio, así se entregarán en mano, ya sea por lo delicado de la muestra o por la dificultad de la extracción, pero se garantizará que la muestra es entregada en mano al servicio del laboratorio analítico que corresponde.

4 Discusión-Conclusión

La extracción de sangre en la uci neonatal y pediátrica es un proceso que se realiza a los recién nacidos y niños con mucha frecuencia, incluso varias veces en cada turno de trabajo, pues será determinante para el proceso diagnóstico del recién nacido, con lo cual será una herramienta necesaria para el tratamiento del neonato o niño que está ingresado en la unidad de cuidados intensivos neonatal o pediátrica. Se realiza para la utilización de un diagnóstico por la interpretación de los datos analíticos.

El TCAE tiene una labor importante que va desde la preparación de todo el material necesario, que será diferente dependiendo de la muestra analítica que se le solicita al neonato o niño, para la extracción hasta la colaboración con la enfermería en el momento de extraer la analítica. Este personal contribuye en que la obtención de la muestra sea exitoso.

5 Bibliografía

1.-<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tcae-en-uci-unidad-de-cuidados-intensivos/>

2.-<https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/773bf1c5f1764d5bc86ab0445a708bcb.pdf>

3.-.Código uci neonatal y pediátrica para TCAE, hospital General Universitario de Ciudad Real.

Capítulo 271

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. APOYO PSICOLÓGICO A LA FAMILIA DEL NEONATO

VERÓNICA PLAZA MORENO

HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ

MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO

MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS

RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Una Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCI NEONATAL) es una Unidad Asistencial de Neonatología, se entiende como una organización de profesionales sanitarios, dentro del hospital, en la que se ofrece asistencia multidisciplinar. La UCI NEONATAL estará situada normalmente cerca de las unidades de ginecología-maternidad y la unidad de paritorio, esta ubicación podría facilitar el traslado de posibles pacientes a la uci neonatal.

En ella se ofrecerá la responsabilidad de un médico intensivista especialista en pediatría y sus áreas específicas, se realizará la atención del recién nacido, de sus patologías con compromiso vital, que precisa de unos medios y cuidados especiales de forma continuada, de modo que se le ofrezca al paciente neonato de forma garantizada, una seguridad, eficiencia y calidad adecuadas a las características del recién nacido.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería forma parte del equipo multidisciplinar que trabaja en la unidad de cuidados intensivos neonatales (uci neonatal), estando además integrado, por facultativos, personal de enfermería, celadores, técnicos de rayos, psicólogos, fisioterapeutas, psicólogos, logopedas, rehabilitadores, etc.

La atención a la patología y su tratamiento no debe impedir que se tenga en cuenta el cuidado integral del paciente, destacando los aspectos emocionales; para ello deben atenderse a las recomendaciones que se hacen del personal sanitario a las familias con pacientes ingresados en esta unidad presencia de los padres el mayor tiempo posible, contacto físico con sus hijos. Procurar evitar estímulos innecesarios favoreciendo el reposo y el sueño. Tratar de mantener un ambiente silencioso y en penumbra.

Dejar que se les lleven sus propios juguetes u otros elementos que le tranquilicen en su domicilio. Al realizar técnicas invasivas, tratar de hacer El menor daño posible ,explicarle (si la edad lo permite) lo que se le va a hacer, pidiendo su colaboración.

Empatizar,mostrar apoyo y comprensión a los padres para ayudarles a superar el impacto emocional.

2 Objetivos

- Conocer el trabajo,los cuidados que presta el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la unidad de cuidados intensivos neonatales.
- Conocer la unidad y todas las estancias que la componen.

3 Metodología

SISTEMATICA DE TRBAJO EN LA UNIDAD

La Uci neonatal, cuenta con:

En el sistema de trabajo de la Uci Neonatal el TCAE, se conocerá y sabrá la ubicación de los almacenes,repondrá lo necesario para el buen funcionamiento de

la unidad.

Nada mas llegar a la unidad todo el personal se debe LAVAR LAS MANOS, La Uci neonatal, cuenta con:Sala de lactancia materna, biberonería, Sala de aparataje, despachos médicos, y salas de información a los familiares, estar y vestuarios para personal de la unidad, un “Hotel de madres “, Sala de lactancia materna, donde las madres en un ambiente tranquilo y agradable puede estimularse y sacarse .El TCAE explicará el funcionamiento de los distintos sacaleches de que disponga cada hospital y donde deben dejarla.

El TCAE se encargará de indicarles a las madres la localización de las distintas estancias.

Hará tareas de limpieza que tengan descritas la unidad, programados diariamente o semanalmente, se encargará de la limpieza de sacaleches, biberones, incubadoras, material, aparataje todo el almacén, el TCAE debe tenerlo todo ordenado. Facilita a los padres del recién nacido ingresado, información comprensible y adecuada, y apoyo a lo largo del proceso de atención.

El TCAE promoverá la participación familiar en los cuidados, se aplicará siempre que la situación de la unida lo permita, la no separación del recién nacido y su madre, garantizando así y promoviendo que los padres puedan acceder siempre que lo deseen al lugar donde se encuentran ingresados sus hijos.

El TCAE colaborará con todo el equipo multidisciplinar, en las técnicas de enfermería en las que se necesite de su ayuda, también en la detección de posibles cambios que notara del recién nacido , comunicándolo y anotando en las gráficas existentes para ello.

El TCAE preparará el material necesario para cualquier prueba, ayudará a enfermería a pruebas que se tengan que hacer, extracción de analítica, gasometría, etc. El TCAE anotará el peso diario del niño, y talla y perímetro cefálico semanalmente, esto depende de los protocolos de las distintas ucis neonatales que existen en los hospitales.

Las constantes del recién nacido se anotan, tanto frecuencia cardiaca y saturación y temperatura por turno, deberá observar y anotar en la gráfica, las micciones, deposiciones, meconio del RN.

Mientras el DUE baña al recién nacido, el TCAE debe en la cuna, cuna térmica, incubadora, puesto donde se encuentre el RN proceder a poner su ropa limpia y reposición del material de uso individual para cada niño, pañales, gasas, suero etc.

Prepara las leches prescritas por el intensivista de cada niño, ayudará a las madres en el desarrollo de la lactancia materna.

El TCAE estará pendiente de que el recién nacido que está en una incubadora

pasado un periodo de 7 días deberá cambiar la incubadora por una limpia y hacer la limpieza de la ya utilizada, la limpieza será llevada a cabo por el TCAE.

El TCAE atenderá las indicaciones de enfermería y facultativo y anotará ante un ingreso al RN en las gráficas a dicho efecto.

4 Resultados

Se debe tener en cuenta que la uci neonatal es una unidad dentro del hospital muy especializado, presta cuidados muy diversos y en ocasiones graves, En la uci neonatal existe una cantidad de material muy diversa, así como aparataje.

El equipamiento de la uci neonatal suele ser material específico, de uso pediátrico, desde todo tipo de aparataje para el soporte respiratorio, mascarillas, gafas nasales, humidificadores, respiradores, alto flujo, cpac, ambu, aspiradores, bombas de medicación, bombas de alimentación etc hasta una gran cantidad de material fungible, que abarca desde guantes, guantes estériles de diferentes números, jeringas y sistemas de alimentación, sondas nasogástricas, mascarillas, electrodos de monitorización, material para intubación, palas, ambú, lancetas, glucómetros, agujas jeringas para cargar medicación y jeringas de alimentación, sueros, gasas, compresas, pañales, etc.

La cama hospitalaria del neonato variará de las condiciones en la que se encuentre el neonato y la edad gestacional que tenga, así podrá ingresar en una cuna, cuna térmica, incubadora, será decisión del facultativo la elección, pues cada una posee características especiales y está indicada en determinados pacientes patológicos. Está compuesta por un equipo multidisciplinar. El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene una labor muy importante en este servicio, pues participa, colaborando con el equipo de enfermería en muchas técnicas, y es el encargado del buen funcionamiento de la unidad dotando del material necesario en cada momento. Ayudando en todo lo que se le necesite y apoyando a los familiares del recién nacido durante el tiempo del ingreso hasta el alta hospitalaria o traslado del paciente.

La familia del paciente ingresado en la uci neonatal, tendrá necesidades especiales de empatización del personal sanitario, así se le explicará siempre todos los procesos por los que el neonato está atravesando, se le explicará el funcionamiento de la unidad y se animará y comprenderá a la familia ayudándole siempre que la familia necesite ayuda.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, en la unidad de cuidados intensivos neonatales, tiene unas funciones que son muy amplias y pueden variar dependiendo del hospital en el que se encuentran y en ocasiones falta regulación de estas funciones.

La unidad de cuidados intensivos neonatal es un servicio que precisa de una formación continuada (de aparataje, de técnicas novedosas, de alimentación del recién nacido, etc) de todo el equipo multidisciplinar, que incluye al Técnico en cuidados de enfermería, así se podrá dar unos cuidados específicos de los equipos asistenciales, mejorando la calidad de los cuidados y si obtener por parte del recién nacido unos cuidados de calidad.

6 Bibliografía

BIBLIOGRAFIA

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-uci-neonatal/>
2. El auxiliar de enfermería en pediatría. Formación continuada logística.
3. libro de preparación de oposiciones tcae, editorial mad.
4. El TCAE de MC Grauw Hill

Capítulo 272

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: DANDO DE COMER A UN PACIENTE CON DISFAGIA

ANA MARIA CIRSTOCEA

1 Introducción

Cuantas veces nos ha ocurrido, que, dando de comer a un paciente, ha tosido demasiado, o incluso, se ha atragantado, en ocasiones, en tan solo algo puntual, por mala postura o por una rapidez excesiva al tragar, o simplemente, que cuando nos encontramos enfermos, nuestro organismo se debilita.

Pero, en otras ocasiones, cuando esta acción se repite más de una vez, nuestra alarma debe accionarse, y debemos comunicarlo inmediatamente al personal de enfermería: Puede tratarse de una disfagia.

Hay ciertos pacientes que, por su patología y/o edad, la capacidad de deglutir se ve afectada y, por lo tanto, puede provocar que el bolo alimenticio no descienda correctamente, o simplemente, desencadene en los pulmones.

Existe un porcentaje elevado de personas que fallecen debido a una broncoaspiración, normalmente, por ingerir líquidos, esto puede provocar una parada cardiorrespiratoria y, si no se actúa a tiempo, las consecuencias podrían ser fatales.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son los encargados de dar de comer a los pacientes que, por sí solos, no pueden hacerlo, es por este motivo, debemos prestar atención directa en todos los factores que nos puedan indicar

una disfagia, además, deberemos seguir una serie de pautas imprescindibles para que la acción de comer no resulte desagradable.

2 Objetivos

- Dar a conocer las pautas a seguir para dar a un paciente de comer que padece disfagia.
- Saber localizar cualquier problema en la deglución del paciente.
- Comprender la importancia de una correcta técnica a la hora de dar de comer a un enfermo con disfagia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para dar de comer a un paciente con disfagia, debemos tener en cuenta una serie de protocolos, ya que con estos, proporcionamos salud al enfermo.

Lo primero de todo es saber que el paciente debe encontrarse plenamente sentado (a 90°) en posición de Fowler. Debe encontrarse cómodo, nunca mal sentado o con molestias.

En caso de no poder lograr los 90°, colocaremos almohadas para mantener al paciente erguido.

Los pies estarán correctamente apoyados en el suelo, nunca deberán permanecer suspendidos o levantados.

El cuello deberá encontrarse inclinado, protegiendo las vías aéreas.

Es importante destacar y recalcar, que el uso de jeringas, como ayuda a introducir el alimento o el uso de pajitas, pueden aumentar la velocidad de deglutir, por lo que puede escaparse del control del paciente, y, por lo tanto, provocar una broncoaspiración.

Una vez que hemos terminado de dar de comer al paciente, debe continuar durante aproximadamente 20 – 30 minutos en posición de Fowler, de esta forma,

evitamos, que en el caso de existir regurgitación, vómitos o flemas, pueda haber riesgo de atragantamiento.

Respetaremos siempre los tiempos de masticación y de deglución del paciente y observaremos, en todo momento, que la consistencia del alimento es la adecuada para su patología.

Pero no solo es importante el protocolo de dar de comer, también se tendrán en cuenta ciertos factores:

- La higiene bucal es indispensable, ya que, si el paciente no guarda una correcta higiene en la apertura oral, es posible que existan infecciones y, por consiguiente, que infecten la comida.
- El ambiente debe ser idóneo, sin estrés para el enfermo.
- Se le ofrecerán alternativas sabrosas como yogures y compotas, puesto que, en muchas ocasiones, el enfermo termina cansándose de los purés.
- Si el paciente habla durante la comida, es muy posible que existan problemas al deglutir, por lo que le indicaremos y le explicaremos el riesgo.
- No deberemos mezclar texturas, ni alimentos que puedan provocar el cambio de consistencia de las texturas.

5 Discusión-Conclusión

La actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la acción de dar de comer correctamente a un paciente con disfagia es vital para la salud y el bienestar del paciente.

La función, aunque sencilla parezca, puede desencadenar fuertes consecuencias en el caso de no realizarse correctamente.

La importancia de una correcta formación y habilidad en los protocolos hacia los cuidados del paciente son lo que caracteriza al TCAE.

El no poder realizar actividades básicas de la vida diaria puede desencadenar en frustración, depresión y/o ansiedad, además del miedo de no realizarlas correctamente. Por este motivo, este profesional, es tan importante.

6 Bibliografía

1. Disfagia: consejos para comer sin riesgos. Disponible en: marca.com.

Capítulo 273

EL PROBLEMA DE SALUD DENOMINADO CÁNCER Y LA ASISTENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

LILIAN SANDRA DE LA CRUZ GÁLVEZ

1 Introducción

La enfermedad denominada cáncer suele englobar un gran conjunto de enfermedades en las que se produce un crecimiento descontrolado y anormal de las células del cuerpo.

Este tipo de crecimiento origina una neoplasia que es el crecimiento de una masa anormal de células cancerígenas que son las que originan la enfermedad y son masas de tejido maligno que debe de ser extirpado por los profesionales sanitarios.

El crecimiento de esta masa suele localizarse en zonas concretas, pero también, si no es tratado a tiempo, puede extenderse a otras zonas o tejidos del organismo, causando el crecimiento de forma descontrolada y provocando la llamada metástasis.

Puede haber una gran variedad de tipos de cánceres, dependiendo del lugar donde se desarrollen y con unas características u otras que son claves para que el doctor pueda diagnosticarlo y diferenciar el tipo de cáncer que posee la persona. Al-

gunos pueden ser de mama, de pulmón, colorrectal, de piel, leucemia, melanomas, linfoma de Hodgkin, próstata, linfático, cerebro... una gran variedad de ellos que si no son tratados a tiempo, pueden extenderse a otros lugares del organismo siendo incontrolables y no teniendo cura, provocando, en algunos casos, la muerte en el paciente que lo padece.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en personas que padecen diversos tipos de cáncer.

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 como Medline, Scielo, PubMed y Google académico.

4 Resultados

La materia maligna de las células cancerígenas puede variar teniendo en cuenta las características de las mismas. La forma de actuar de las células cancerígenas destaca por no tener un límite a la hora de la reproducción y, de lo exagerada que es la extensión celular, en muchas ocasiones, se extiende a otras zonas del organismo, llegando a tener un nivel muy elevado, que es imposible controlar y se conoce como metástasis.

Ante la metástasis, no existe solución porque el nivel de extensión ya es incontrollable y no hace efecto la quimioterapia o radioterapia, por lo que los profesionales sanitarios imponen un tratamiento adaptado al paciente para que pueda llevar lo mejor posible su enfermedad con los menores signos y síntomas, para que sufra en la menor medida, hasta que llegue el momento de su fallecimiento y pueda tener una muerte digna.

Algunos de los factores de riesgo pueden ser los siguientes: el abuso del tabaquismo, ingerir en exceso bebidas alcohólicas, factores medioambientales como la radioactividad, la contaminación, una mala alimentación, las sustancias químicas, la obesidad, por genética.

A continuación, vamos a ver cuáles son las funciones del TCAE:

- Brindar todos los cuidados básicos necesarios diarios como el aseo.
- Ayuda con la alimentación.
- Mantener conversaciones con la persona haciéndole saber la enfermedad que tiene.
- Apoyo tanto al paciente como a sus familiares.
- Seguir los cuidados pautados por el médico.
- Tratarle con cariño y respeto para que se sienta lo más cómodo posible hasta el final de sus días.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada para este trabajo, es importante destacar que tanto los familiares de estas personas y como los pacientes que padecen esta enfermedad, cuando se trate de un tipo de cáncer maligno y que se haya convertido en metástasis, deben de estar mentalizados y contemplar la idea del fallecimiento. Es por ello, que se recomienda recurrir a la ayuda psicológica de profesionales sanitarios.

Se considera fundamental un acompañamiento por sus familiares y seres queridos, que apoyen al enfermo hasta el final de sus días, para que se sienta cómodo y seguro hasta la hora de su muerte.

6 Bibliografía

1. La Habana, 1999-2001. ACIMED [online]. 2005, vol.13, n.6 [citado 2023-09-07]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso.
 2. La Habana, 1999-2001. ACIMED, Ciudad de La Habana, v. 13, n. 6, dic. 2005. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso.
- Accedido en 07 sept. 2023.

Capítulo 274

COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA REALIZACIÓN DE UN ELECTROCARDIOGRAMA

ROCÍO GÓMEZ CAMACHO

PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE

CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ

YOANA MUÑOZ CÓRDOBA

MARÍA JOSÉ PASAMONTES MARTÍN

1 Introducción

El electrocardiograma (ECG) es uno de los procedimientos diagnósticos que se realizan tanto en todas las unidades hospitalarias como en las zonas básicas de salud, cuya función primordial es de la enfermera responsable del paciente, con la cual colabora el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). Esta profesional debe tener unas nociones básicas de anatomía y de fisiología cardíaca como de la participación de dicha técnica no invasiva en colaboración con la Enfermera. Desde el punto de vista electro-fisiológico debemos recordar que

en el corazón se encuentra en la aurícula derecha del mismo nódulo sinusal o sinoauricular llamado Keith Flack, (que tiene un ritmo sinusal de 60 a 100 p/mto) o también llamado marcapasos natural autoexcitatorio; que va a seguir con el nódulo auriculo-ventricular llamado de Aschoff o Tawara que se localiza en la parte anterior del tabique septal siguiendo su recorrido por todo el corazón introduciéndose en las paredes de los ventrículos derecho e izquierdo formado el haz de Hiss, conocido como haz auriculo-ventricular siguiendo hasta las aurículas mediante la terminación de la red de Purkinje. Todos estos nódulos son excitados mediante el sistema nervioso simpático y parasimpático lo que nos va a dar un registro eléctrico del corazón a la hora de realizar un ECG En este procedimiento diagnóstico se pueden evidenciar patologías cardíacas, desde IAM (Infartos Agudos de Miocardio), arritmias e insuficiencias cardíacas. El ECG tiene una serie de cables que podemos diferenciar entre derivaciones bipolares y monopolares. Las derivaciones bipolares son de varios colores y se colocan en las extremidades superiores e inferiores (Rojo para la muñeca derecha, Amarillo para la muñeca izquierda, Negro para el tobillo derecho y por último verde para en el tobillo izquierdo). En este tipo de derivaciones se correlacionan con el “Triángulo de Einthoven” el cual podemos ver el registro electrocardiográfico de los miembros superiores e inferiores (I II y III, como AVR, AVL y AVF), por ese motivo se le conocen como derivaciones bipolares, además de hacer un recorrido de todo el eje del corazón mediante estas derivaciones tanto bipolares como monopolares. En las derivaciones monopolares, precordiales o torácicas se colocan alrededor del tórax que junto con las anteriores podemos ver las distintas patologías que pueda tener el corazón, estas van desde V1 hasta V6 y diferencian daños bien sea desde el septum cardíaco, parte anteroinferior del corazón como la parte posterior del mismo órgano. El ECG como prueba única o aislada para el diagnóstico de alguna patología cardíaca no sirve, ya que se debe realizar otras pruebas complementarias como análisis de sangre, ecocardiogramas u otras pruebas más específicas que demuestren algún daño cardíaco. La funciones del TCAE son la revisión del carro de electrocardiografía y la colocación de las distintas derivaciones junto con la Enfermera, estos procedimientos se llevan a cabo como hemos dicho al principio en todas las unidades de enfermería pero hay que destacar que hay servicios hospitalarios como la UCI, Reanimación y Urgencias que el ECG es requerido a diario para comprobar las variaciones que se han podido producir a lo largo del tiempo en la evolución del paciente.

2 Objetivos

Conocer la colaboración del TCAE en la realización de un electrocardiograma.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 todas las realizaciones de pruebas diagnósticas el paciente deberá ser informado de lo que se le va hacer siempre pidiéndole su colaboración. El TCAE junto con la Enfermera son los responsables de proceder a la realización del mimo procediendo de la siguiente forma:

A) Derivaciones bipolares de los miembros superiores e inferiores:

Se colocaran mediante unas pinzas o electrodos los cables que vamos a poner en distintos puntos de los mismos para ver en el registro gráfico de las derivaciones: I, II, III y AVR, AVL y AVF. Si se utiliza pinzas en las extremidades hay veces que se pueden producir artefactos por la mala conducción de las mismas por eso es importante mojar las extremidades con alcohol para que haya mejor conductividad tanto en las muñecas como en los tobillos.

B) A continuación se colocan las derivaciones precordiales las cuales se colocarán en distintos puntos del tórax siguiendo unos patrones:

V1: Se pondrán en el cuarto espacio intercostal derecho.

V2: Se colocará en el cuarto espacio intercostal izquierdo.

V3: Antes de colocar esta derivación se debe de poner antes V4, V3 se colocará entre las líneas imaginarias punto medio de V2 y V4.

V4: Se situará en el quinto espacio intercostal es decir en la línea media clavicular izquierda del paciente.

V5: Se colocará en el quinto espacio intercostal en la línea axilar anterior del lado izquierdo.

V6: Se colocará en el quinto espacio intercostal, en la línea media axilar.

Todo paciente sometido a este procedimiento debe estar lo más quieto posible y sin hablar para que no haya ningún artefacto que pueda ocasionar un error en la

lectura así como las prendas metálicas deben quitarse a la hora de proceder con la técnica. Una vez realizado se pone el nombre del paciente, habitación, fecha y hora. En caso de dolor precordial aislado muchas de las veces se hace un ECG para compararlo con los anteriores electros para ver si ha habido alguna variación.

5 Discusión-Conclusión

Debemos tener en cuenta que la realización de los ECG es función de la Enfermera que necesita de la colaboración de los TCAE, ya que no es responsabilidad de éste profesional de realizarlos como si se tratase de una de las funciones que tienen encomendadas en su rol profesional, pero está claro que debe tener los conocimientos básicos para poder colaborar con la Enfermera, por eso es importante que el TCAE entienda la conducción eléctrica del corazón como la anatomía y fisiología de éste conociendo lo más básico en el registro de electrocardiográfico y la colocación de las derivaciones a la hora de poder realizar dicho procedimiento no invasivo es por ello que la colaboración del TCAE para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades son una de las bases de la enfermería hoy en día. En todas las unidades de Enfermería debe estar en perfectas condiciones el aparato de electrocardiografía para cualquier emergencia que pueda aparecer, por eso el personal de Enfermería se cerciorara que dicho aparato esté conectado a la luz las veinte cuatro horas del día, que tenga siempre papel milimetrado, que los cables estén bien colocados y no haya enredos a la hora de su colocación en el paciente. Con el aparato de ECG se pueden descubrir ciertas patologías como infarto agudo de miocardio (IAM), insuficiencias cardiacas e insuficiencia valvulares como una serie de enfermedades que serán apoyadas por pruebas complementarias para dar un diagnostico exhaustivo.

6 Bibliografía

1. El electrocardiograma. Libro de..., 2009 - fbbva.es.
2. Técnicas Básicas de Enfermería. Editorial Paraninfo 2014.
3. Interpretación básica del E.C.G. Revista mexicana de anestesiología, 2017 medicographic.com.
4. El aprendizaje básico del E.C.G., 2016 - scielo.org.mx.
5. Aptitud clínica en la interpretación del E.C.G. Investigación en educación médica, 2015 – Elsevier.

Capítulo 275

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS POSTMORTEN

ROCÍO GÓMEZ CAMACHO

PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE

CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ

YOANA MUÑOZ CÓRDOBA

MARÍA JOSÉ PASAMONTES MARTÍN

1 Introducción

Los cuidados postmorten son una serie de cuidados que se realizan cuando el paciente ha fallecido, a nivel hospitalario se conoce con el nombre de “Éxitus”, pero también se les llama óbito o deceso. Antes de proceder a los cuidados de enfermería que se le debe hacer cuando el paciente ha fallecido, es el médico el que tiene que reconocer al paciente que ha fallecido y firmar el certificado de defunción para poder actuar en dicha técnica. Es uno de los cuidados que están implicados en realizarlo la Enfermera, TCAE y Celador.

Normalmente, este tipo de cuidados se hacen en pacientes que están con enfermedades terminales, que se sabe que su desenlace va a ser la muerte, en pacientes

críticos que pueden dar lugar a este proceso o personas con accidentes que ingresan a veces cadáveres en un hospital. Los cuidados postmortem hoy en día no se realizan según protocolos establecidos, sino que son más livianos a la hora de proceder a realizarlos. El personal de enfermería en algunos casos tiene que avisar a los familiares, sobre todo si se trata de pacientes críticos de UCI, pero el resto de los familiares saben que sus seres queridos les queda poco tiempo de vida y son ellos los que a veces avisan al personal de enfermería para alertarnos de lo sucedido, la familia en ciertas ocasiones pasan por una serie de etapas como es la ira, la negación, el pacto de depresión y aceptación de lo sucedido con su familiar. La muerte es uno de los fenómenos a nivel biopsicosocial que va a dar lugar a una serie de reacciones diferentes para cada persona.

Al igual que toda persona se merece un respeto, las personas que van a recibir este tipo de cuidados por su fatal desenlace también los merece. En la muerte vamos a encontrar una serie de signos inminentes y otros tardíos. En los signos inminentes podemos encontrar:

- Algor mortis: que es el enfriamiento cadavérico, iniciándose desde los pies, manos y cara, luego continúa con el resto del cuerpo, con una duración del proceso de diez a doce horas, pudiéndolo modificar según el ambiente donde se encuentre el cadáver.
- Livor mortis: se producen manchas en las extremidades y en zonas declives de los pacientes, debido al cese de la circulación sanguínea, dando lugar a la aparición de palidez, no apareciendo en zonas de apoyo o de compresión, aparecen de un color violáceo por norma general, pero darse en otras formas de color dependiendo de cómo haya sido la muerte, apareciendo aproximadamente a los veinte o cuarenta y cinco minutos.
- Rigor mortis: llamada rigidez cadavérica que se inicia cuando la persona ha fallecido, dando lugar a la relajación de todos los esfínteres; teniendo una duración aproximadamente de unas setenta y dos horas, volviendo luego después a su estado inicial.

En los signos tardíos de la muerte: podemos mencionar dentro de ellos la autólisis de los tejidos, como la putrefacción cadavérica.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento de cuidados postmortem a una persona fallecida.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los cuidados postmortem, se harán cuando el médico haya certificado la muerte del paciente y se haya informado a la familia del suceso. En primer lugar se hará una comprobación mediante un E.C.G. de la persona fallecida que este será plano y cuyos signos vitales ya no responden con la vida: T.A, Temperatura, Frecuencia cardiaca y Frecuencia respiratoria. Es importante preguntar a la familia por la necesidad de colaborar en dichos cuidados ya que hay veces que dicha familia tienen la necesidad de hacer unos cuidados con la ropa del fallecido; sino es así se procederá al lavado del paciente con cambio de ropa de cama; procediendo a recopilar dicho material y haciendo la siguiente técnica:

Material necesario para el amortajamiento:

- 3 sabanas.
- Sudario.
- Algodón.
- Batea
- Tijeras.
- Esparadrapo de tela.
- Guantes no esteriles.
- Jeringa.
- Pinzas de disección o de kocher.
- Vendas.
- Pañales.
- Bolsas de plástico.
- Contenedor de residuos biológicos.
- Pegatinas con la identificación del paciente.

Protocolo de actuación:

- Antes de empezar a lavar al paciente, se retirará todos aquellos catéteres y sondas que llevaba portando durante el proceso de su enfermedad, siendo la Enfermera encargada de ese menester.

- Se hará junto con la Enfermera el lavado del paciente, antes de nada taponaremos todos aquellos orificios naturales como: nariz, boca y recto por la salida de líquidos biológicos que pueda echar el paciente en el transcurso de su movilización, es aconsejable poner un pañal para la prevención de residuos fecales que puedan escapar.
- Se hará la cama a continuación y se utilizará una sábana para envolver al cadáver, en esta sabana se podrá envolver a la persona de forma que tape todo su cuerpo, o bien si la familia tiene la necesidad de poner ropa del paciente, después se meterá al paciente en el sudario (saco de plástico con cremallera) poniendo en cada una de las zonas la identificación del paciente: hora de la defunción, habitación...etc, a continuación se cubre con una segunda sabana el sudario. En este momento es preciso llamar a la familia para que lo vean y se puedan despedir del paciente. El médico habrá firmado mientras tanto la orden de traslado al mortuorio que llevará consigo el Celador junto con el cadáver.
- El siguiente paso es dar a la familia todos los enseres personales de su familiar y el TCAE recogerá todos los materiales que hayan sido usados y posteriormente se llamará al servicio de limpieza para su posterior limpieza terminal de la misma.

5 Discusión-Conclusión

La tarea de los cuidados postmortem ha sido uno de los temas más polémicos y controvertidos, no solo desde el punto ético profesional, sino de una forma legal en la circunstancia del paciente. Para todo el personal de enfermería, debido a que no es una de las técnicas que les guste a todo el personal, es una situación difícil de llevar, sobre todo cuando se trata de pacientes, jóvenes o personas que han estado institucionalizadas durante mucho tiempo llegando a cogerles cariño y profundo respeto; de ello conlleva que la profesión sanitaria sea de vocación y de una forma humanizadora, poniendo como primera posición la empatía para el paciente como para la familia. La persona que cuidan de otras personas algún día pasará por estas mismas circunstancias en la profesión sanitaria, “se ayuda a nacer, pero también se ayuda a morir dignamente a la persona enferma”.

Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

- 1.-Cuidados postmorten a un paciente fallecido. Procedimiento recomendado. 2019 - repositorio.uchile.cl.
- 2.- Protocolo de enfermería en los cuidados postmorten. Instituto Mexicano..., 2014 - medigraphic.com.
- 3.-Técnicas Básicas de Enfermería. Editorial Mc Millan 2017.
- 4.- Calidad asistencial e integral a pacientes agónicos. 2023 - mail.polodelconocimiento.com.
- 5.- Enfermería en cuidados paliativos: hospitalización durante los últimos días de vida. Enfermería global, 2004 - revistas.um.es.

Capítulo 276

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIO EN LA EDAD ADOLESCENTE Y EN LA NIÑEZ

ROCÍO GÓMEZ CAMACHO

PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE

CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ

YOANA MUÑOZ CÓRDOBA

MARÍA JOSÉ PASAMONTES MARTÍN

1 Introducción

A la hora de hablar de la adolescencia estamos; hablando de una serie de cambios hormonales y de transición de la vida. La adolescencia, según la “OMS” nos marca un periodo comprendido entre los trece a los diecinueve años de edad, el cual va a depender de la maduración en niños y niñas (durará más o menos tiempo) dando paso a la edad adulta, estos cambios no solo son cambios hormonales sino también físicos, sociales y sobre todo psíquicos, aunque la sociedad tiene mucho que ver en estos aspectos siendo una de las etapas con grandes riesgos para estas

edades, pudiendo dar lugar a problemas de drogas, conductas sexuales sin protección, la obesidad, anorexia, es decir un gran abanico de problemas de salud como problemas sociales, todos estos problemas se van a acompañar para el resto de la edad adulta, la prevención es la mejor pauta. En algunos casos los niños han vivido felices en la etapa escolar sin presentar ningún problema de integración con otros niños, es decir sin presentar acoso escolar o bullying; sin embargo, conforme van metiéndose en la edad de la adolescencia y dependiendo de la forma de ser de cada niño (ser más introvertido o extrovertido) les puede proporcionar algún tipo de problemas con sus iguales o con la sociedad, por eso es importante si existe algún problema de cualquier índole se debe de buscar ayuda a los profesionales de la salud mental, no obstante hay que observar distintas posturas que el adolescente puede comportarse como es la llamada de atención y el problema social que él pueda tener, no debemos obviar ciertos comportamientos por pequeño que sea, cualquier llamada de atención puede estar implicada en un grito de ayuda. Los factores que pueden provocar un suicidio es muy extenso, desde la ruptura de su primera pareja, problemas familiares, no ser aceptados/as por grupos, trastornos de problemas con el alcohol y un largo etc. que podemos comentar, pues bien, todo ello va a dar lugar a una baja autoestima en el adolescente y problemas psiquiátricos provocando un gran estrés y el suicidio. Por eso la detección temprana de las causas es muy importante para la prevención, en el cual los padres, profesores y personal de enfermería estamos implicados a prevenirlos. El suicidio o autolisis lo define la "OMS" como acto que una persona tiene de forma deliberada de destruir su vida, en España está llegando a niveles estadísticos muy altos, llegando a ser una de las epidemias de este siglo. También diremos que es un gran problema de salud pública el cual hay una gran incidencia en este tipo de personas como son niños y adolescentes, ya que el cerebro de estas personas están en una fase donde es más vulnerables y maleable a cierto aspecto de la vida, dando lugar al terrible suceso del suicidio, Estadísticamente nos habla que la idea suicida aumenta de forma exponencial dándose más en niños entre los doce y los quince años sin motivos aparentes que lo puedan evidenciar o por motivos de acoso escolar, llegando a pararse o a estabilizarse a los diecisiete años. Con lo mencionado anteriormente no queremos decir que no vaya a ocurrir más, porque la persona que ha intentado un suicidio vuelve a reincidir en el mismo, Los profesionales de la salud mental tienen una implicación junto con la familia en este aspecto que es vigilar por la salud de los niños y adolescentes.

2 Objetivos

- Investigar los factores que han predispuesto a la conducta suicida en el adolescente.
- Describir estrategias de prevención.

3 Metodología

Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

4 Resultados

Podemos decir que hoy en día, gracias a los profesionales que forman la salud mental y a la gran mayoría de familias, se ha podido prevenir un gran número de suicidios en España en edad escolar y en edad juvenil. No obstante, estos profesionales son escasos en la gran mayoría de los centros sanitarios por la gran demanda que ha tenido dicho impacto en la sociedad referente a este tema. El suicidio se sitúa en una de las causas mayoritarias de mortalidad. Según las estadísticas apuntan que el año 2021, se suicidaron alrededor de 4500 personas, habiendo una diferencia significativa entre hombres y mujeres, siendo gran parte de ellos adolescentes. Este tipo de pacientes que ingresan en las unidades de psiquiatría, el personal de enfermería se encuentran expectantes a las reacciones que estos tienen y a sus conductas, prohibiendo una serie de enseres y de artículos que no deben tener con ellos en la unidad. La función primordial es comunicarnos con ellos y que nos expliquen(a veces si otras no) acerca de porqué de la causa; sin embargo, la gran mayoría no comunican nada o son poco comunicativos con respecto a su problema, para ello el psicólogo y la terapia cognitiva, junto con la medicación psiquiátrica; se ha podido llevar a cabo una recuperación, otras, en cambio, no se ha podido trabajar con ellos, ya que las ideas suicidas no se acaban de ir completamente, siempre hay una “llama que queda encendida”; es decir el que lo intenta una vez, va a haber una segunda intención de poder hacerlo. Por eso la gran mayoría de estos pacientes en estas edades necesitan una ayuda constante por medio del hospital de día psiquiátrico con distintas terapias, pero lo

más importante es ver cuál es la causa que les ha llevado a este terrible suceso, aunque reiteramos que con algunos pacientes no se llega a un final de la causa. Según en las entrevistas psiquiátricas, la gran mayoría de los adolescentes que tienen ideas suicidas o han intentado suicidarse, se achacan a ellos mismos de sentimiento de culpa, por lo que han vivido tanto a nivel familiar como escolar; es cierto que en familias desestructuradas o en familias que viven con un estrés emocional en el matrimonio suelen tener para ellos un motivo significativo para llevar a cabo el final de su vida, también el entorno escolar o de integración social (esto hace referencia a los adolescentes que se han tenido la colaboración de hablar y de colaborar). La gran mayoría de todos estos problemas es porque no hay nadie que haya podido frenar situaciones complicadas para llevar a cabo una comunicación con la persona que ha intentado el suicidio, hoy en día se sigue trabajando sobre este problema y se ha llegado en algunos casos a un descenso de esta problemática.

Pues bien, todas aquellas ideas de suicidio han ido aumentando a lo largo de estos últimos años, tanto en niños de edad escolar como adolescentes, por eso creo que es importante que el papel del profesorado en las conductas y reacciones que tienen los niños hacia los demás se vean observados y puestos en conocimiento a los padres como una “llamada de atención”, no obstante a veces los padres no reaccionan a dichas llamadas pasando por alto algunas peculiaridades de sus hijos. Un caso que se da en algunos colegios es referente al acoso escolar o bullying, es de suma importancia que los padres y sobre todo profesores y profesionales de la salud mental, puedan identificar el factor predisponente, además es importante que al niño como al adolescente nos cuenten sus inquietudes, sus ansiedades y problemas para relativizar algunos y otros para ser observados.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, la adolescencia o periodo de cambios; lleva implícito una serie de problemas que se ven involucrados padres y familia. Una de las cosas que hay que tener en cuenta es buscar que factores han podido provocar ese desenlace tan fatídico (ideas suicidas e intentos de suicidio) en el adolescente y actuar rápidamente; toda señal de alarma se debe de consultar con algún profesional de la salud mental para poder distinguir entre llamadas de atención e intento autolítico. Hay veces que no se sabe distinguir (los padres) por eso es muy importante que dichos profesionales aclaren a los padres que pautas deben seguir para cualquier cosa que les llame la atención ponerlo de manifiesto. Con ello se pretende mejorar y prevenir dicha situación. Debemos comentar, que hay una

serie de factores que pueden predisponer en estos jóvenes, como son depresión, traumas o enfermedades de tipo esquizoide, donde pueda ocurrir este desenlace por aislamiento social, siempre descartando el consumo de sustancias tóxicas (drogas, alcohol).

Otras de las cosas que creo que se debería de hacer es toda señal de alarma como autolesionarse, expresar verbalmente el intento de quitarse la vida, sería una de las causas importantes para acudir lo antes posible a un profesional de la salud mental.

Además de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formación continuada en este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

6 Bibliografía

- 1.- Conducta suicida en adolescentes y en niños. Psicología Clínica con niños y adolescentes, 2016 - dialnet.unirioja.es.
- 2.- Prevención del suicidio en adolescentes y en niños. [http://www. centrelondres94.com...](http://www.centrelondres94.com...), 2012 - centrelondres94.com
- 3.- Programas de prevención en el ámbito escolar. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 2013 - SciELO.
- 4.-Psiquiatria infantil y de la adolescencia. Comportamientos. Editorial Paraninfo. 2018.
- 5.- Métodos estadísticos y estadística de la autolisis en niños y adolescentes. Editorial Masson. 2015

Capítulo 277

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN CENTRO SANITARIO

MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS

MARÍA DEL PRADO CONCEPCION CALVO RAMIREZ

MARIA CONCEPCION OLIVAS SIMARRO

EVELIA CUÉLLAR MERINO

MANUELA RAMOS PAREJO

1 Introducción

Para comenzar este trabajo, podemos decir que el Sistema Nacional de Salud se organiza en dos niveles asistenciales que son: Atención Primaria y Atención Especializada. La Atención Primaria proporciona a toda la población una serie de servicios básicos en los llamados Centros de Salud, donde trabajan equipos formados tanto por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería, personal de TCAE, y personal administrativo.

La colaboración que hay entre los distintos profesionales es importante para así poder dar al paciente una atención de calidad, y asegurarse de que este reciba el

tratamiento y cuidados necesarios para su recuperación y mantenimiento de su salud con el objetivo de mejorar la salud y bienestar de la población.

Los servicios primarios son los servicios de salud de primer nivel, que aseguran la integralidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente.

Todas las actividades que se realizan en los centros de salud están dirigidas a las personas, familias y comunidades.

La atención primaria debe ser considerada un factor importante en el sistema de salud, porque tiene un papel primordial como indicador del nivel de salud pública y porque es muy importante en términos de curación y prevención de enfermedades para la promoción de la salud.

La atención primaria debe prestar servicios de acuerdo con las necesidades de cada persona y hacer frente a muchos problemas.

2 Objetivos

Describir de forma general cuáles son las funciones que desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de Atención Primaria.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El TCAE es una de las personas que integran el equipo de personal médico y no médico que forma la atención primaria. En cuanto a las funciones específicas de los técnicos auxiliares de enfermería, podemos destacar las siguientes:

1. Colaborar en las pruebas diagnósticas, pero siempre bajo la supervisión del personal de enfermería.
2. Participar en la elaboración de los diagnósticos regionales de salud, colaboran en la tarea de planificar, organizar y evaluar el programa de salud propio del centro.

3. Contribuir a los proyectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades que se llevan a cabo en el Centro de Salud.
4. Los TCAE realizan tareas relacionadas con la higiene, vestir o desvestir al paciente y asistirlo cuando sea necesario.
5. Participar en el proceso de suministro de medicamentos, consumibles y herramientas.
6. Encargarse de la revisión y reposición de medicamentos, consumibles y equipos en salas de emergencia, salas de tratamiento y consultas.
7. Realizar algunas tareas de apoyo requeridas para otro personal de atención médica, especialmente trabajando en estrecha colaboración con las enfermeras. Es importante que el TCAE tenga mucha empatía y trato respetuoso con el paciente, haciéndolo sentir cómodo, especialmente si realizamos tareas de higiene con él o donde se establece contacto físico.

Por otro lado, es importante que los TCAE conozcan el uso de los materiales que se encuentran en los vehículos de emergencia, así como una adecuada educación continua. Los Servicios de Atención Primaria, al igual que los demás servicios, están formados por un equipo multidisciplinario, en el que debe estar involucrado todo el personal de salud por el bien de la salud del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Destacamos la importancia de que, para una adecuada Atención Primaria y Atención Especializada, los Técnicos Auxiliares de Enfermería tengan una buena formación para la prestación de todos los servicios, así como de promover y prevenir una adecuada atención a los enfermos, y contribuir a mejorar la calidad de los enfermos y de un sistema de Salud bueno. Es importante también una buena coordinación en los distintos niveles para la optimización y racionalización del manejo de los recursos humanos y materiales. Un proceso donde la coordinación no sea efectiva conducirá a una sociedad desordenada, con lo que se multiplicarán los gastos tanto de recursos humanos como materiales.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <http://revistamedica.com>.
5. <http://books.google.es>.

Capítulo 278

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES QUE HAN SIDO TRATADOS CON OXIGENOTERAPIA

MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS

MARÍA DEL PRADO CONCEPCION CALVO RAMIREZ

MARIA CONCEPCION OLIVAS SIMARRO

EVELIA CUÉLLAR MERINO

MANUELA RAMOS PAREJO

1 Introducción

Para comenzar esta revisión bibliográfica, vamos a empezar por definir la oxigenoterapia.

La oxigenoterapia es un tratamiento que ha sido prescrito por un personal médico y que consiste en proporcionar a un paciente la cantidad de oxígeno necesaria para prevenir, suplir o tratar cualquier deficiencia de oxígeno que pueda presentarse en las células, sangre o tejidos.

Solo para ayudar a pacientes con síntomas de insuficiencia respiratoria aguda o crónica. Los objetivos principales de la oxigenoterapia son: promover la comodidad del paciente y la adaptación a la oxigenoterapia, tratar la hipertensión pulmonar, prevenir la hipoxemia, proporcionar oxígeno en las cantidades adecuadas al paciente que lo necesite, facilitar la adaptación a la oxigenoterapia, proporcionar lo necesario y los cuidados necesarios, así como reducir el trabajo respiratorio y cardíaco

El uso terapéutico de la oxigenoterapia es importante en la terapia respiratoria. El principal objetivo de esta terapia podemos decir que es aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos, que es transportado por la hemoglobina, reduciendo así el trabajo respiratorio y del corazón y manteniendo constante la presión de oxígeno. Los TCAE deben ayudar a mejorar la comodidad y el bienestar de los pacientes e informar al personal de enfermería de cualquier complicación que pueda surgir, para minimizar la entrada de contaminantes en las vías respiratorias.

2 Objetivos

Definir los conocimientos que debe tener el TCAE, en pacientes que necesitan oxígeno, y los diferentes mecanismos que existen para su aplicación.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Después de haber visto en apartados anteriores que es la oxigenoterapia, en este apartado vamos a centrarnos en que consiste la labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de oxigenoterapia.

Por lo tanto, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería va a consistir en verificar que el equipo de oxígeno esté colocado correctamente en su lugar y que funciona correctamente.

A continuación, ayudándose de una boquilla, comprobará que el flujo es el necesario y que el humidificador está siempre lleno de agua para que no se doble cuando esté estirado.

Otras funciones que realiza son:

1. Con respecto a los materiales: debe controlar que el centro de oxígeno, el medidor de flujo o el regulador de flujo funcionen bien, llenar o reemplazar el humidificador con agua destilada y limpiar, desinfectar o cambiar todos los materiales usados para un solo uso.

2. Sobre el paciente: el TCAE tiene que informar al paciente de cuáles son las próximas actuaciones que se van a realizar, evaluar las úlceras por presión tanto en oídos, mejillas y nariz, entre algunas otras.

Los auxiliares de enfermería tienen que tener una comprensión y conocimientos mínimos de los conceptos necesarios para la atención de pacientes con enfermedades respiratorias, tales como:

1. Medición de gases.

2. Hipoxemia.

3. Oxímetro de pulso.

4. Falta de oxígeno. Entre los materiales que utilizan los auxiliares de enfermería para darles oxígeno a los pacientes tenemos los siguientes:

- Salida de oxígeno que se encuentra ubicada en la parte delantera de la cama.

- Las bombas de oxígeno que se utilizan cuando se traslada a los pacientes.

5. Saber que hay que utilizar cremas hidratantes para hidratar las mucosas, ya que el oxígeno las seca.

6. Suministros de oxígeno, incluidas cánulas o cánulas nasales, máscaras venturi, máscaras improvisadas, máscaras con reservorio y bolsas.

7. Caudalímetro para medir el suministro de oxígeno en litros por minuto.

8. Reductor de presión para medir la presión de oxígeno en el cilindro.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, son varios conocimientos que se deben tener a la hora de aplicar oxígeno a pacientes. Es imprescindible saber qué es el oxígeno y la importancia vital que tiene en las reacciones de oxigenación producidas en el metabolismo celular. También es importante conocer las formas terapéuticas en las que podemos encontrarlo y las técnicas existentes para su aplicación.

Por último, decir que hay estudios que avalan que los enfermos a los que se les administra oxígeno en sus hogares de forma correcta, por lo general, suelen vivir más años y su calidad de vida se ve notablemente mejorada. En cambio, si el

oxígeno se administra de forma incorrecta, puede ocasionar efectos adversos en el paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <http://revistamedica.com>.
5. <http://books.google.es>

Capítulo 279

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU ACTUACIÓN ANTE UN RECIÉN NACIDO PREMATURO

MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS

MARÍA DEL PRADO CONCEPCION CALVO RAMIREZ

MARIA CONCEPCION OLIVAS SIMARRO

EVELIA CUÉLLAR MERINO

MANUELA RAMOS PAREJO

1 Introducción

La pediatría es la rama de la medicina que se encarga del estudio del crecimiento y desarrollo de los niños, además del tratamiento de sus enfermedades. Cabe destacar que la pediatría no solo se encarga de estudiar las enfermedades y tratamientos, sino que también se encarga del estudio de las características físicas, psíquicas y sociales de los niños desde que nacen hasta la adolescencia. Se trata de una especialidad médica que aborda total y completamente la vida del niño. El neonato o recién nacido se trata de un niño que tiene menos de 28 días de vida. Estos primeros días son fundamentales para que el niño se adapte a la vida y al nuevo medio que le rodea. Después del parto, el técnico en cuidados auxiliares

de enfermería (TCAE) tiene un papel fundamental, ya que es el personal sanitario que lleva a cabo los primeros cuidados del neonato, siempre supervisado por el matrn o matrona. El auxiliar de enfermería no solo lleva a cabo una labor asistencial, sino que tiene también una labor fundamental en educación sanitaria, puesto que ayuda a la madre a amamantar correctamente al bebe, explica a la madre como debe realizar el aseo del neonato, entre otras muchas cosas.

2 Objetivos

- Conocer los procedimientos de los cuidados a realizar al recién nacido prematuro.
- Conocer los factores a los que puede ser debido el parto prematuro.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El recién nacido prematuro es el que ha nacido antes de las 37 semanas de gestación y que tiene un peso adecuado a su edad gestacional, suele ser inferior a 2.500 gramos. Se clasifican en:

- Extremadamente prematuro: menos de 28 semanas.
- Muy pretérmino: 28 a 31 semanas.
- Moderadamente pretérmino: De 32 a 33 semanas.
- Pretérmino tardío: 34 a menos de 36 semanas.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá de mantener y observar de una forma minuciosa el mantenimiento de las incubadoras, así como:

- Deberá mantenerlas limpias y preparadas para cuando llegue el bebé. Se le deberá avisar con tiempo suficiente para tenerla a punto. La incubadora siempre debe estar esterilizada, colocaremos dentro una talla estéril de hilo y colaboraremos con el enfermero (DUE) para calentarla y comprobar que todos los sistemas acoplados a la incubadora funcionan.

- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería siempre deberá mantener un ambiente de asepsia utilizando los equipos de protección individual (EPI) que se requieran en cada momento requiera.
- Se deberá limpiar diariamente, y siempre que se necesite la parte externa de la incubadora y de forma muy minuciosa con un antiséptico específico. Se realizará con paño estéril escurrido impregnado en el antiséptico y luego se pasa un paño estéril seco.
- El técnico auxiliar en cuidados de enfermería deberá mantener siempre la calma y transmitir tranquilidad a las familias de los bebés prematuros. La alimentación del prematuro se realizará teniendo en cuenta su peso y de la siguiente manera: Cuando su peso sea superior a 1.500 gramos, se le administra por solución oral, con biberón.
Cuando su peso se encuentre entre 1.500 a 1.000 gramos, se le administrará con sonda gástrica.
Cuando su peso sea inferior a 1.000 gramos, se le administrará por vía parenteral.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando que el técnico de cuidados auxiliares de enfermería tiene que tener especial cuidado con el paciente prematuro, ya que es muy delicado los servicios a este tipo de pacientes, y se requiere de mucho mimo y tranquilidad.

Luego la ayuda a los familiares y sobre todo a la mamá que van a verlo a amamantarlo, ayudarlo en todo los procesos que se requieren.

Es una situación delicada, donde el equipo sanitario tiene que tener mucho tacto, ya que los familiares pasan por un proceso bastante duro, y es vital el trato a ellos para que todo se puede llevar de la mejor manera posible.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 280

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA MEDICIÓN DE LA DIURESIS

LAURA MARTINEZ BENEITEZ

1 Introducción

La medición de la diuresis en un paciente ingresado es un procedimiento importante para evaluar la función renal y el equilibrio de líquidos del organismo. La diuresis está referida a la producción y eliminación de orina por parte de los riñones.

Es imprescindible llevar un registro preciso de la diuresis del paciente durante su ingreso, anotando la hora de inicio y finalización del período de medición, así como el volumen de total de orina excretada. Esto permite detectar cambios en la producción de orina y evaluar la respuesta al tratamiento o la evolución clínica. Además de la medición del volumen, también se pueden realizar análisis adicionales para evaluar la composición y características de la orina, como la concentración de sustancias como sodio, potasio y creatinina, entre otros. Estos análisis pueden proporcionar información adicional sobre el estado de los riñones y la hidratación del paciente.

Es imprescindible que el personal de enfermería realice la medición de la diuresis de manera precisa, siguiendo los protocolos establecidos y garantizando la higiene adecuada en el manejo de la orina. Además, se incluye el lavado de manos, el uso de guantes desechables y la limpieza y desinfección correctas del recipiente colector.

En definitiva, medir la diuresis es un procedimiento fundamental a la hora de los cuidados al paciente ingresado. Proporciona información valiosa acerca de la función renal y el equilibrio de líquidos del organismo. Es imprescindible seguir los protocolos establecidos y llevar un registro preciso para poder evaluar correctamente la respuesta del paciente al tratamiento y garantizar una atención de calidad

2 Objetivos

El objetivo principal es exponer la importancia de la medición de la diuresis en diversas patologías desde la atención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), dado que proporciona información importante a la hora de tomar decisiones acerca del tratamiento y controlar la evolución de la condición del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos tales como PubMed, Medline, Scielo y Google Academico, seleccionando los artículos relacionados con el tema a estudiar.

4 Resultados

La función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la medición de la diuresis es de gran importancia, dado que desempeña un papel clave en el seguimiento del equilibrio hídrico y la función renal del paciente.

Para llevar a cabo esta medición de manera precisa, se utilizan distintos métodos y se siguen ciertos pasos.

Uno de los métodos más comunes es la medición del volumen de orina excretada en un periodo de tiempo determinado. Para ello, se utiliza un recipiente graduado, llamado “recipiente colector”, que se coloca en el inodoro o en una sonda vesical. El paciente debe vaciar su vejiga en este recipiente, y el personal de enfermería registra el volumen en mililitros (ml) o centímetros cúbicos (cc).

A continuación, se describen las funciones principales del TCAE en relación con la medición de la diuresis:

1. Preparación del material: el TCAE se encarga de preparar el material necesario para la medición de la diuresis, que incluye los recipientes colectores graduados, guantes desechables, papel absorbente y cualquier otro instrumento o dispositivo requerido.
2. Explicación al paciente: antes de llevar a cabo la medición, el TCAE debe explicar al paciente el procedimiento, asegurándose de que entienda cómo debe recolectar la orina y en qué momento debe informar al personal de enfermería.
3. Recolección de la muestra: el TCAE se encarga de recolectar las muestras de orina del paciente en los recipientes colectores adecuados. Esto implica asegurarse de que la muestra sea recogida en su totalidad y sin contaminación externa, siguiendo las pautas de higiene y utilizando los guantes desechables apropiados.
4. Registro y documentación: después de la recolección de la muestra, el TCAE registra el volumen de orina excretada en un período de tiempo determinado. Esta información se registra con precisión y se registra en la historia clínica del paciente, siguiendo los protocolos establecidos.
5. Comunicación con el personal de enfermería: el TCAE comunica de manera efectiva al personal de enfermería los datos recogidos en la medición de la diuresis. Esto incluye informar sobre el volumen de orina recogida, cualquier cambio en la producción de orina y cualquier observación relevante que pueda ser imprescindible para el plan de atención del paciente.
6. Mantenimiento del equipo y limpieza: el TCAE se encarga de limpiar y desinfectar los recipientes colectores tras su uso, siguiendo los protocolos de seguridad y control de infecciones. También es responsable de mantener el stock de recipientes y otros materiales necesarios para la medición de la diuresis.
7. Colaboración en análisis adicionales: en algunos casos, el TCAE puede colaborar en la recolección de muestras de orina para análisis adicionales, como la medición de la concentración de sustancias específicas. Esto implica seguir las directrices y los procedimientos establecidos para garantizar la integridad y la precisión de las muestras.

5 Discusión-Conclusión

Desde el punto de vista del TCAE, la medición de la diuresis es una labor imprescindible en el cuidado del paciente. Es una responsabilidad que requiere precisión, atención al detalle y empatía hacia el paciente. El TCAE comprende la importancia de la medición de la diuresis para evaluar la función renal y el equilibrio de líquidos del organismo. Mediante su participación activa en la recolección de las muestras, el registro preciso de los volúmenes y la comunicación efectiva con

el equipo de enfermería, el TCAE contribuye a la monitorización y atención integral del paciente, brindando un apoyo vital en la evaluación de su estado de salud y ayudando a garantizar una atención de calidad.

6 Bibliografía

1. Fernández Diego Javier, Di Chiazza Sofía, Veyretou Fernando Pedro, González Liliana Mónica, Romero. Análisis de orina: estandarización, medición y control de calidad. *Acta bioquím. clín. latinoam.* [Internet]. 2014 Jun [citado 2023 Feb 03] ; 48(2): 213-221.
2. Hernández Ocampo José, Torres Rosales Aida, Rodríguez Castellanos Francisco. Comparación de cuatro métodos de medición de orina y de la tasa de filtración glomerular con depuración de inulina en individuos sanos y en pacientes con insuficiencia renal. *Nefrología (Madr.)* [Internet]. 2010 [citado 2023 Feb 03]; 30(3): 324-330.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 281

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN LA ALIMENTACIÓN DE PACIENTES CON DISFAGIA

NURIA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

CRISTINA ARANA OSMA

1 Introducción

La alimentación es una de las principales funciones que debemos realizar todos los seres vivos para poder sobrevivir. Hay una gran cantidad de enfermedades que pueden dificultar la correcta alimentación, entre ellas se encuentra la disfagia.

La disfagia es una condición médica causada por múltiples patologías, que presenta dificultad para ingerir alimentos, es decir, es una condición médica que genera dificultad para hacer pasar los alimentos desde la boca hasta el estómago. La mayoría de personas que presentan esta problemática suelen tener ahogamientos si no saben cómo tratar la condición correctamente.

El personal sanitario debe de conocer cómo se debería tratar a personas con esta condición médica para darle los cuidados necesarios y evitar complicaciones que empeoren su estado de salud.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el encargado en alimentar a los pacientes que no pueden hacerlo por sí solos, en el caso de este tipo de pacientes deben saber cómo hacerlo correctamente para evitar atragantamientos por no conocer de qué se trata esta condición. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, junto con el personal de enfermería, deben conocer los alimentos que

pueden consumir y asegurarse de que la comida que han recibido desde cocina es adecuada para que pueda comer el paciente que presenta esta dificultad y en el caso de no ser así informarlo.

2 Objetivos

- Conocer los distintos tipos de disfagia que podemos encontrarnos.
- Dar a conocer como tratar a los pacientes con disfagia el personal 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

Tipos de disfagia:

Las disfgias se pueden clasificar de distintas maneras:

Disfgias según la zona afectada:

- **DISFAGIA OROFARÍNGEA:** Se produce cuando se ve dificultada la función de tragar el bolo alimenticio desde la boca hasta la entrada del esófago. Esto se produce en la boca y la garganta. Genera un sentimiento de dificultad para tragar el alimento y en algunos casos presentan sensación de atasco del alimento en el inicio de la faringe.
- **ESOFÁGICA:** el área que se ve afectada es el esófago. Se puede contemplar cuando el bolo alimenticio llega al esófago, pero se encuentra con dificultad para empujarlo hasta el estómago. Suele generar un leve dolor en el pecho o zona torácica debido a la dificultad del esófago de mover el alimento.
- Disfgias según el tipo de alimentos:
- **DISFAGIA A SÓLIDOS:** ocurre cuando hay una dificultad para deglutir alimentos sólidos y es necesario consumirlo en forma de puré.
- **Disfgia a líquidos:** ocurre cuando hay una dificultad para tomar líquidos, como es el caso de una sopa, que producen al paciente tos, llegando en algunos casos a la vía respiratoria.

- Disfagia mixta: los pacientes con esta dificultad ven alterada la ingesta de alimentos tanto sólidos como líquidos.

Disfagias según sus causas:

- **DISFAGIA MOTORA:**

- Es la dificultad para ingerir alimentos tanto sólidos como un plato de verduras, como con líquidos, producida generalmente por una anomalía en el mecanismo de deglución. En este caso, los músculos de la garganta no realizan correctamente su función debido a que el cerebro no manda la señal a la garganta para que realice la deglución correctamente. Esta disfagia es generalmente presentada en pacientes ancianos y en personas que padecen enfermedades neurológicas.

- **DISFAGIA OBSTRUCTIVA:**

- Se debe a una dificultad para deglutir el bolo alimenticio debido a que su tamaño es más grande que del esófago. Suele producirse al introducir un alimento sólido. Algunas personas pueden presentar también esta dificultad al tragar líquidos.

Como tratar a pacientes con disfagia:

- Asegurarse de que el paciente esté despierto y tranquilo.
- Comprobar que no existen distracciones como puede ser el caso de la televisión.
- En el caso de poder alimentarse por si solo animarle a hacerlo.
- Colocar en posición Fowler y la cabeza ligeramente inclinada hacia delante. Si está encamado, incorporarlo lo máximo posible.
- Colocarse a la altura o por debajo de los ojos de la persona que vayamos a ayudar a comer.
- Al introducir los alimentos por la boca, colocar la barbilla lo más inclinada posible al pecho para facilitar la deglución.

5 Discusión-Conclusión

La disfagia es una enfermedad que complica gravemente la ingesta de alimentos que pueden ser líquidos, sólidos o ambos y como personal sanitario es de gran utilidad conocer su existencia.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tienen la función de ayudar a alimentar a las personas que tengan alguna dificultad para hacerlo por si mismos, entre los que podemos encontrar pacientes con disfagia. Conocer la posición correcta en la que deben estar este tipo de pacientes y como poder ayudarles, influye a la hora de la recuperación de estos pacientes y evita posibles complicaciones por no tener el conocimiento de la existencia de esta patología.

6 Bibliografía

1. Gutiérrez DMB. Disfagia: ¿Qué es y qué tipo de tratamientos existen? [Internet]. Top Doctors. 2023 [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/que-es-la-disfagia-y-que-tipo-de-tratamientos-existen>.
2. Tipos disfagia [Internet]. Nestlehealthscience.es. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.nestlehealthscience.es/condiciones-medicas/envejecimiento/disfagia/vivir-con-disfagia/tipos>.
3. Disfagia [Internet]. Mayoclinic.org. 2022 [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/dysphagia/diagnosis-treatment/drc-20372033>
4. Deducae_wp. Cómo ayudar a personas con disfagia en su alimentación [Internet]. Deducae. 2022 [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://deducae.es/disfagia/>.

Capítulo 282

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PEDIATRÍA Y SUS FUNCIONES

DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS

JUANA JAVIERA CANO ROMERO

MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA

ESPERANZA REQUENA ARENAS

MARÍA RAFAELA CALERO

1 Introducción

Pediatría se encarga del cuidado de la infancia, lo mismo de la prevención y diagnóstico que del tratamiento de diferentes patologías en el niño hasta que se convierte en un adolescente donde ya pasara al médico de familia.

El TCAE forma parte del equipo multidisciplinar que se encarga de la asistencia al niño y bebe. Tendrá un contacto directo con los menores, sus funciones serán de carácter asistencial, tanto de apoyo al resto del equipo y profesionales sanitarios, como a la madre y al bebe o niños. Aquí el TCAE debe tener una especial sensibilidad tanto con la madre como con él bebe, ya que los ingresos en esta planta suelen ser bastante traumáticos para el paciente y la familia. El TCAE

debe tener una serie de aptitudes que le harán más fácil su trabajo y el trato con la familia, ser paciente, tolerante y empático ya que son momentos difíciles para la familia. La motivación y paciencia son imprescindibles para el día a día, la amabilidad y el diálogo. Este es un servicio en constante evolución ya que tanto los padres como los niños agradecen que las instituciones avancen con los tiempos, esto hace que el servicio de pediatría hoy sea más ágil, dinámico, y que ofrezca no solo un tratamiento médico sino también social

2 Objetivos

-Describir las funciones del TCAE en servicio de pediatría.

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 en este servicio ya hemos dicho que tiene que tener unas cualidades especiales, una buena predisposición para tratar con los bebés o niños ingresados en este servicio, una buena comunicación tanto con el equipo médico como con las familias que son una parte importantísimo del proceso de sanación del paciente, si la familia está tranquila los niños dejan de tener miedo a lo desconocido, ya que estar en esta unidad siempre les infundirá temor tanto a lo desconocido como a médicos y enfermeras, ya que los tratamientos la mayoría de las veces serán invasivos. Ofrecerá la máxima comodidad a los padres.

Los auxiliares de pediatría, atenderán la higiene de los bebés y niños que estén ingresados, preparan las habitaciones para la estancia de estos, cambian las camas o cunas las veces que sean necesario, repartirán la comida y tomarán las constantes de los pequeños, medirán y pesarán a los bebés y niños, llevarán al niño o bebé a la realización de las pruebas médicas que se le pidan.

El TCAE realizará los cambios de pañal, la alimentación, anotará la diuresis, deposiciones y lo mismo con la ingesta de líquidos siempre que no estén contraindicados.

cados. Estará pendiente los monitores si el niño está monitorizado, de las bombas de alimentación o perfusión que este lleve. De que la temperatura de la incubadora sea la correcta. Estar pendiente de las constantes del niño y de los cambios que en él se produzcan, para informar al equipo de enfermería y al médico pediatra. Comunicará al siguiente turno cualquier anomalía ocurrida en su turno. Rellenar los registros en el historial clínico del paciente, cerciorándose de que sea el paciente, la cama, la habitación y el tratamiento correcto.

5 Discusión-Conclusión

Llegados hasta aquí la conclusión que obtendremos es que el papel del Tcae es muy importante, ya que es la persona más cercana a las familias que tienen a sus pequeños ingresados en pediatría, será el enlace entre el equipo médico, de enfermería y la familia, estando en primera línea. Será el primero en llegar y el último en irse, siempre controlando tanto el material que sea necesario, como que todo esté en orden. Debe mostrar seguridad e infundir serenidad a los familiares, ya que esto es imprescindible para la buena recuperación del niño y el buen funcionamiento de la planta.

Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

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

Capítulo 283

TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS CONSULTAS EXTERNAS

NURIA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

CRISTINA ARANA OSMA

1 Introducción

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería o TCAE pueden realizar una gran cantidad de funciones variadas en las distintas áreas y servicios sanitarios. Entre los lugares donde puede desempeñar su trabajo encontramos las consultas externas.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede trabajar en distintas partes de las consultas externas en la atención hospitalaria de un hospital junto al resto del personal sanitario.

El médico prescribe que debe de hacer el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y posteriormente, el TCAE dará los cuidados necesarios que se necesiten en ese momento y acompañar al paciente durante el trascurso de la consulta y le debe dar la ayuda que precise. También en algunos casos debe hacer la parte administrativa que surjan durante el proceso asistencial, como puede ser archivar documentos, avisar a pacientes para que confirmen su cita...

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las consultas externas es de gran importancia para el correcto desarrollo de las consultas externas, junto con el del resto de profesionales que trabajan en ella, entre los que se encuentra los médicos. Para trabajar en ellas es importante conocer qué tipos de

consultas podemos encontrar en un hospital y cuál es la finalidad que tienen estas consultas, que generalmente se encuentran en los hospitales.

2 Objetivos

- Definir que son las consultas externas de un hospital.
- Dar a conocer que funciones deben de realizar los TCAE en las consultas externas.

3 Metodología

Para la creación de este trabajo, se ha realizado con un análisis que ha consistido en una lectura, sobre documentación científica existente en diversas páginas. La lectura se ha realizado a través de una búsqueda contrastando diferentes artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos precedentes de estas, seleccionando datos relevantes.

4 Resultados

Definición de consultas externas:

Es un servicio de atención especializada, el cual, se encuentra en una zona del hospital en la que se realizan diversos actos médicos, de forma ambulatoria, en una zona adaptada para la realización de los diversos diagnósticos, tratamientos o seguimientos que nos podemos encontrar en cada paciente.

Podemos encontrar una gran variedad de consultas externas, entre las más habituales están:

- Consulta de dermatológica
- Consulta de endocrino
- Consulta traumatólogo
- Consulta de urología
- Consulta de oftalmología
- Consulta de ginecología
- Consulta de neumología
- Consulta de otorrinolaringología

Funciones del TCAE en consultas externas:

- Tareas administrativas (Archivar documentación, informar al paciente de lo que se le va a realizar, dar consentimientos informados, gestionar citas...)

- Recibir al paciente a su llegada.
- Asegurarse de mantener la consulta en buenas condiciones, lo más ordenada posible.
- Desinfectar el material usado.
- Asegurarse todos los días que las máquinas funcionan correctamente
- Comprobar que no falte material y en el caso de que no haya o se considere insuficiente, reponer el material que falte antes de que empiece la jornada y vaya a ser usado
- Ayudar al paciente en el caso de necesitarla.
- Colocar el campo estéril, en intervenciones ambulatorias de poca gravedad que se realicen en la consulta.
- Cambiar sábanas de las camas cada vez que sean usadas ‘por un paciente.
- Ayudar durante la realización de gastroscopias y endoscopias y preparar el material necesario para la realización del procedimiento.
- conocer y realizar correctamente la limpieza y desinfección de todas las máquinas que se utilizan en la consulta.
- Tomar las constantes vitales como la tensión y la temperatura.
- Preparar el material de analíticas y pruebas de anatomía patológica y enviarlas a laboratorio
- Dar información tanto al paciente como a sus familiares de campañas y promoción a la salud de ayudas que puedan necesitar
- Mandar a esterilización el material que lo requiera.

5 Discusión-Conclusión

Las consultas externas son un servicio de atención especializada que es de gran importancia para el desarrollo de la asistencia sanitaria de manera ambulatoria dentro de un hospital.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería trabaja junto al médico y en diversos casos con la enfermera para dar una asistencia de calidad a los pacientes que acuden a ellas.

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, es importante para el apoyo del paciente durante la consulta. También es un gran papel de los TCAE asegurarse en todo momento de que el material necesario para la realización de la consulta se encuentre disponible para su uso y una vez terminada la consulta, desinfectar todo el material usado y preparar todo lo necesario para la siguiente consulta.

6 Bibliografía

1. Ocronos RM y de E. ▷ Las funciones del TCAE en Consultas Externas [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [cited 2023 Sep 1]. Available from: <https://revistamedica.com/funciones-tcae-consultas-externas/#Introduccion>.
2. ¿Qué son las Consultas Externas? – Hospital Juan Cardona [Internet]. Available from: <https://riberasalud.com/juan-cardona/2017/09/06/que-son-las-consultas-externas/>.
3. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete [Internet]. Chospab.es. 2023 [cited 2023 Sep 1]. Available from: https://www.chospab.es/enfermeria/pipe/consultasexternas_hg.htm.

Capítulo 284

EL TÉCNICO CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS

JUANA JAVIERA CANO ROMERO

MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA

ESPERANZA REQUENA ARENAS

MARÍA RAFAELA CALERO

1 Introducción

En este capítulo de investigación hablaremos de las funciones del TCAE en Traumatología, servicio destinado al tratamiento de lesiones en el aparato locomotor. Habrá lesiones que requieran tratamiento quirúrgico y otras serán lesiones menos graves pero igual de importantes. Las fracturas pueden ser de diferente gravedad o complejidad y se tratará de reparar esa pérdida de continuidad en el sistema óseo, articulaciones o tendones. Partimos de la idea de que el Auxiliar es parte importante del proceso de recuperación del paciente con patologías tanto en huesos, articulaciones y músculos, es la persona que más cerca está de los pacientes y la primera que llega cuando este tiene alguna duda sobre el tratamiento o evolución de este, será la encargada de hacer llegar estas dudas al equipo médico, formando parte de él. Ofrecer la ayuda necesaria al paciente en

las movilizaciones, cambios posturales y traslados hasta que el paciente adquiriera la mayor autonomía posible. Hoy en día el ritmo de vida hace que nuestra rutina sea más ajetreada, se hace más deporte y se vive más rápido y es bastante probable que antes o después casi todas las personas pasen por este servicio, bien por accidentes, bien por el deterioro físico de la edad.

2 Objetivos

- Exponer las funciones del TCAE en este servicio de Traumatología hospitalaria, así como el funcionamiento de esta planta.

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

El Tcae es una de las partes más importantes del equipo multidisciplinar de la planta siempre dará apoyo a médicos y enfermeras y trabaja a la par con estos en la recuperación del paciente, apoyando a este en sus necesidades físicas, fisiológicas y psicológicas, reforzando su autoestima e infundiéndole seguridad en su tratamiento. Valorara las necesidades físicas de este y dejara registro de todo el tratamiento recibido y de lo que el auxiliar haya realizado en su turno.

Las funciones del Tcae como hemos dicho son variadas y de diferente índole, desde dar apoyo psicológico al paciente, satisfacer sus necesidades de alimentación si este no puede, realizar cambios posturales, colaborar con la enfermera en el sondaje del paciente si fuese necesario, asear al paciente, cambio de ropa de cama, ofrecer la cuña, preparar al paciente para exploraciones o intervenciones, llevar muestras al laboratorio, facilitar el sueño, colaborar en diferentes curas, preparar el diferente material que tanto médicos como enfermeras van a necesitar, limpieza de los utensilios utilizados por estos. Se colabora con enfermería en el enyesado de miembros fracturados. Los pacientes que están en planta

tras una intervención quirúrgica serán observados para evitar posibles trombos por la nula movilidad de estas pacientes, todos llevarán pautados la heparina. Observar cualquier anomalía de la piel y comunicarla a la enfermera para poder evitar las úlceras por presión, ya que este tipo de paciente por su patología puede pasar bastante tiempo sin poder moverse de la cama por lo que es necesario un constante control de la piel. Se seguirán los diferentes protocolos marcados por el servicio y se mantendrá una constante comunicación tanto con el paciente como con el equipo médico. Colabora con el médico rehabilitador y fisioterapeuta.

5 Discusión-Conclusión

De este estudio nos damos cuenta de que los TCAE son una de las partes principales y primordiales en este servicio, ya que es el personal sanitario más cercano al paciente, deberá actuar siempre bajo la supervisión del equipo médico y de enfermería para que el paciente esté cómodo minimizar las posibles secuelas físicas que puedan acarrearle las diferentes lesiones y poder acortar así el tiempo de estancia en esta unidad, en traumatología la recuperación suele ser lenta y tediosa, hay que animar al paciente para que haga sus ejercicios, si es necesario ayudarle en los traslados a la silla, sillón con ayuda del celador.

Además de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formación continuada en este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 285

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN

DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS

JUANA JAVIERA CANO ROMERO

MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA

ESPERANZA REQUENA ARENAS

MARÍA RAFAELA CALERO

1 Introducción

La esterilización es el proceso por el cual se destruyen todos los microorganismos de un objeto o superficie, incluidas las esporas. Partimos de esta información cuando trabajamos en este servicio de esterilización. Aquí debemos garantizar que la esterilidad de los materiales que se van a utilizar en quirófanos, consultas externas, y en diferentes áreas hospitalarias deben encontrarse totalmente estériles para evitar cualquier tipo de infección que podría ser un gravísimo riesgo para los pacientes.

Uno de los métodos que más se utiliza es el calor en autoclaves, el material se esteriliza a altas temperaturas y el tiempo que se indique para los diferentes instrumentales que se utilizan en quirófanos o plantas de hospitalización. Lo que

se consiguen con máquinas como es el autoclave, esto permite que del material se eliminen todos los microorganismos, tanto virus, bacterias y esporas. No todo el material que encontramos en un centro hospitalario puede ser esterilizado con calor, por lo que se utilizaran otros medios químicos como sería el óxido de etileno, el cual se utiliza en material termolábil. El personal que se encargue de estos procesos deber saber utilizar las diferentes técnicas de esterilización y conocer qué productos utilizar para las diferentes clases de materia a esterilizar.

2 Objetivos

Destacar la importancia de este servicio de esterilización en el ámbito 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 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 técnico en cuidados de enfermería en este servicio se encargará de recibir el material en la zona sucia, de los diferentes servicios del centro hospitalario, revisara, limpiara, desinfectara todo el material para después clasificarlo, pasarlo a la zona limpia y empaquetarlo, colocara los diferentes controles tanto químicos como biológicos necesarios. La zona de esterilización estará dividida en diferentes partes, zona sucia, zona limpia y zona estéril, y en ellas se realizarán diferentes actividades para el proceso de esterilización. Tendrá que conocer los diferentes procesos de esterilización así como los diferentes esterilizadores que se utilicen, muy importantes no mezclar los productos. Dependiendo del artículo a esterilizar, el método a elegir, si el material es termo sensible o no, qué productos utilizar y como utilizarlos. Deberá desmontar todo el material antes de introducirlo a esterilizar y limpiarlos de una forma concienzuda para la eliminación de posibles restos biológicos. Toda la aparatología usada y que haya estado en contacto con mucosa será limpiada, secada y empaquetada en bolsas o paquetes especiales.

Para la esterilización de este material utilizaremos vapor, calor seco, óxido de etileno, formaldehído, entre los métodos químicos. En los físicos se utilizará el flameado, incineración, el horno Pasteur, las radiaciones ionizantes, etc. Se pondrá en las autoclaves el tiempo que marque para la correcta esterilización. Las bolsas de esterilización llevan unos indicadores químicos, físicos y biológicos, qué reacción en el momento de este proceso, por lo que cuando salga el material del autoclave con un vistazo sabremos si el proceso de esterilización ha sido el correcto. El TCAE clasifica y distribuye el material esterilizado a los diferentes servicios. Registra tanto la entrada como la salida del material del centro de esterilización.

5 Discusión-Conclusión

Este servicio y el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es importantísimo para así evitar cualquier tipo de contaminación cruzada, nosocomial, que sería fatídico para el paciente. Del TCAE depende el funcionamiento de los quirófanos, ya que es el que de forma minuciosa desarrolla todo el proceso de esterilización. El servicio de esterilización es una parte importante del hospital, ya que es de vital importancia que todo el material a utilizar en las diferentes actividades que se realizan en este, esté totalmente limpio, estéril y bien conservado, clasificado para que este se encuentre rápido en necesidad de urgencia.

6 Bibliografía

American Health organization
Complejo Hospitalario Universitario Albacete
Revista Ocronos
Universidad Clinica de Navarra. Esterilizacion

Capítulo 286

EL PAPEL DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

LOURDES FERRERA CAMACHO

JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN

CARMEN CID PARRO

NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA

IRENE RAMIREZ MARTIN

1 Introducción

La palabra “diálisis” fue instaurada por el químico escocés Thomas Graham en 1854. En 1914 en la Universidad de medicina Johns Hopking, Beltimore, Estados Unidos, crean el primer “riñón artificial” a partir de membranas de celulosa trinitrato (celodina) moldeadas de forma cilíndrica, la sangra era extraída por uno de los extremos del cilindro mediante cánulas conectadas a una arteria y por el extremo a una vena elegida.

En 1924, Georg Haas en Alemania se convierte en el primer médico en dializar humanos, basados en los reportes de Baltimore y utilizando la membrana de celoidina como dializador cilíndrico.

Cuando existe una patología relacionada con el riñón de tal manera que este pierde su función principal, habiendo una disminución de manera progresiva en la filtración del agua y eliminación de residuos tóxicos, estos pacientes tienen que acudir a las unidades de hemodiálisis.

En 1966 se descubre la fístula arteriovenosa (unión quirúrgica de una arteria a una vena preferentemente las más distales del brazo) siendo esta hasta la actualidad el acceso vascular de preferencia para nuestros tiempos.

La hemodiálisis consiste en un procedimiento mediante una máquina, la cual se encarga de filtrar la sangre del paciente a través de un filtro (situado en la máquina), y dicha sangre vuelve al paciente de nuevo, es decir, consiste en un proceso de limpieza como si de un riñón se trata por el cual se eliminan las sustancias tóxicas en el cuerpo. Es por ello que es de gran importancia que se realice una buena desinfección y limpieza de las máquinas a utilizar, con el objetivo de aportar calidad y seguridad al paciente en cada sesión.

2 Objetivos

- Desarrollar el papel de la TCAE en las unidades de hemodiálisis.

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

Todos los servicios de hemodiálisis deben de tener un protocolo a seguir y todos los trabajadores ser conocedores del mismo, a fin de unificar técnicas y asegurar una buena atención al paciente.

Una vez en el área de intervención, la TCAE será la encargada de realizar una buena reposición del material a utilizar por enfermería y esto debe incluir el material del procedimiento y de curas.

Cuando el paciente llegue a la unidad será recibido, y se hará un control del peso tanto al ingreso como al egreso, para tener constancia del agua perdida y se ajustar los posibles tratamientos por parte del médico. Además, durante su estancia será la encargada de realizar un control de los signos vitales a cada hora según protocolo establecido en cada unidad y según necesidad (4).

Una vez realizado todo esto al paciente, la TCAE asistirá a Enfermería en el procedimiento de conexión y desconexión de Fístula y Catéter, teniendo todo el material adecuado y en perfecto estado para cada uno de los procedimientos. Durante el proceso es posible que la máquina o el paciente derrame líquidos biológicos, como sangre e efluentes, en este caso la TCAE será la responsable de efectuar la limpieza y desinfección pertinente.

Una vez terminado el procedimiento, la TCAE procederá a la limpieza, retirada y desinfección de todo el material. El material que necesite ser de nuevo esterilizado será preparado y empaquetado con fecha, hora y nombre, bajo supervisión, todo esto con el fin de mantener el mínimo error posible.

Además, es pertinente que las TCAE asistan a las reuniones y otras actividades relacionadas con el servicio para que estén al corriente de los cambios que se puedan efectuar. Adicionalmente, deberán de colaborar y estar atentas a preservar y cuidar el material, así como de comunicar a superiores cualquier desperfecto que puedan objetivar. También podrán realizar otras funciones delegadas por autoridad superior o requerimiento de la institución y la unidad dentro de los marcos de legalidad (4).

5 Discusión-Conclusión

La insuficiencia renal se ha convertido de una enfermedad progresiva con un alto número de incidencia, y que tiene un gran impacto socioeconómico, pero que gracias a la hemodiálisis los pacientes pueden vivir más tiempo con este tipo de enfermedad.

Los pacientes que tienen que someterse a hemodiálisis sufren un gran impacto emocional y psicológico acompañado de frustración y rabia. Estos cambios exigirán a cada paciente adaptación, la TCAE cumple un papel fundamental en esta unidad, pues es necesaria para un buen desarrollo del trabajo en equipo para que se den las condiciones necesarias y con ello conseguir los objetivos propuestos.

6 Bibliografía

1. Silva Tobar SD. Hemodiálisis: Antecedentes históricos, su epidemiología en Lationoamérica y perspectivas para el Ecuador. Revista UNIANDES Episteme. 2016;3(1 (Enero-Marzo)):43-61.
2. Royo Ruiz RM, Alonso Barahona S, Lerín Urmeneta AI, Gil Rodríguez L, Cobos Rincón A, Sainz García LM. Nuestra historia en accesos vasculares. Enfermería Nefrológica. 2013;16:206-7.

Capítulo 287

LAS FUNCIONES DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

LOURDES FERRERA CAMACHO

JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN

CARMEN CID PARRO

NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA

IRENE RAMIREZ MARTIN

1 Introducción

La especialidad médica de Cardiología es la encargada de estudiar la anatomía, la fisiología y las patologías procedentes del corazón. Pero para realizar las pruebas pertinentes y de manera adecuada es preciso contar un equipo multidisciplinar, para ello las TCAE son una clave fundamental de este equipo.

Realizando un recorrido histórico de la cardiología encontramos sus inicios o primeros pensamientos en la cultura griega. En esta época el conocimiento era fundado de una manera racional con prácticas empíricas y es aquí donde surgen ciertos filósofos como Platón, Aristóteles e Hipócrates que empezaron a realizar los primeros estudios y especulaciones acerca del cuerpo humano, así como del funcionamiento del corazón (1)

En los servicios de cardiología es conveniente y recomendable tener protocolos de actuación realizados por personal del propio servicio, ya que van a atender a las necesidades de cada uno de ellos, así como dejar delimitadas y claras las funciones a desarrollar por cada grupo profesional y las tareas a realizar.

Es por ello que se realiza este trabajo con el objetivo de investigar sobre las funciones a realizar por la TCAE en los distintos servicios de cardiología, según bibliografía ya publicada y basándose en unos conocimientos obtenidos previos.

2 Objetivos

Describir cuáles son las funciones de la TCAE en el servicio de cardiología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Son varias las enfermedades que requieren ingresos hospitalarios en los servicios de cardiología, como por ejemplo: descompensación de la insuficiencia cardiaca, hipertensión descontrolada, Infarto agudo de miocardio, angina de pecho, etc.

La TCAE tendrá como funciones principales todo lo relacionado con las necesidades fisiológicas del paciente, dependiendo en gran medida de su estado de salud. Desde la higiene y aseo del paciente, hasta su movilización, cambios posturales, cambio de ropa de cama, etc. (2)

Todas estas funciones estarán encaminadas a una buena atención de calidad al paciente que esté en esta unidad para favorecer así su pronta recuperación y disminuir su estancia del ingreso hospitalario.

La TCAE entre otra de sus funciones, será tomar constantes vitales y avisar a enfermería en los casos que estás no se encuentren entre los rangos habituales y dentro de la normalidad; así como recoger pruebas biológicas si así fuera necesario, por ello la TCAE tendrá que estar en formación constante para observar este tipo de incidencias y avisar con urgencia al equipo médico o de enfermería

para que se realice una rápida intervención, con el fin de minimizar los prejuicios en el paciente. (3)

También encontramos otras funciones importantes acerca del contexto o espacio donde se encuentra el paciente, como por ejemplo mantener una adecuada ventilación de la habitación, ya que evita la aparición de enfermedades infecciosas o si algún paciente padece alguna enfermedad contagiosa que no se la transmita a los demás pacientes ingresados. La TCAE debe favorecer el ingreso de los pacientes y facilitarles en la medida de lo posible su estancia, al igual que a sus acompañantes.

Además de ayudar al equipo médico y al equipo de enfermería en todas las intervenciones y procedimientos que realicen, como podría ser: realizar un sondaje vesical permanente o intermitente, la canalización de PICC en planta, procedimientos que requieren esterilidad, canalización de vías centrales, alimentación enteral etc.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad asociada a estilos de vida, es por ello que la TCAE tiene que estar formada en cuanto a conocimientos sobre estilos de vida saludable para que, cuando un paciente esté ingresado en estas unidades de hospitalización pueda darle consejos y animar a su pronta recuperación.

Con este trabajo damos unos resultados a los objetivos propuestos, en los que se desarrollan las diferentes funciones de la TCAE así como poner de manifiesto la importancia de esta figura dentro de los servicios de cardiología, así como pudiera ser en otros espacios.

6 Bibliografía

história de la cardiología. Disponible en: [//www.engormix.com/mascotas/cardiologia-veterinaria/apuntes-historia-cardiologia_a31560/](http://www.engormix.com/mascotas/cardiologia-veterinaria/apuntes-historia-cardiologia_a31560/)

2. Pastor LP, Gómez EG. TÍTULO: IMPORTANCIA DE LA FUNCIÓN DEL TCAE EN LA UCI QUIRÚRGICA DEBIDO A UN TRASPLANTE DE CORAZÓN.

3. Arzamendi D, Mir&#x00F3, Joaquim. Intervencionismo en las cardiopatías congénitas del adulto. Rev Esp Cardiol. 1 de agosto de 2012;65(08):690-9.

Capítulo 288

LOS CONOCIMIENTOS DE LOS/AS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

LOURDES FERRERA CAMACHO

JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN

CARMEN CID PARRO

NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA

IRENE RAMIREZ MARTIN

1 Introducción

Durante los siglos XVI y XVII surgen algunos acontecimientos relevantes para la pediatría en España, a través de algunos textos publicados de estudios relacionados con las enfermedades en los niños. Es por esto que destaca el libro de Método y orden de curar las enfermedades de los niños en 1600 escrito por Gerónimo Soriano. Además de aparecer otras descripciones en la pediatría. Durante el desarrollo de la especialidad de la pediatría en España cabe distinguir y enumerar cuatro etapas:

- Nacimiento de la pediatría como especialidad médica;
- Los inicios de la consolidación de la especialidad (1914-1936);

- Consolidación definitiva de la pediatría (1993-años 60);
- Desarrollo de la pediatría desde los años 70 hasta la actualidad (1)

Durante el siglo XX se comienza a tomar importancia y relevancia a la alta mortalidad existente en ese momento infantil, así como la alta morbilidad. Es por ello que con la creación de los bancos de leche y el estudio de la transmisión de enfermedades se logra disminuir la mortalidad infantil (2).

En la actualidad nos encontramos con un estudio en los niños que han reducido su mortalidad en grandes cifras, y su cuidado de calidad en todas las etapas de su ciclo vital desde que nacen. Es aquí donde resulta indispensable los cuidados de la TCAE en los niños, así como su conocimiento hacia ellos.

Hay que destacar que cuando un niño precisa un ingreso hospitalario se pueden producir varios cambios y reacciones adversas con los padres, ya que se rompe con una rutina de alimentación, descanso y sueño. Esto genera a los padres una gran ansiedad y un impacto emocional que precisará de una ayuda.

2 Objetivos

En este estudio se pone de objetivo conocer el papel de la TCAE en los servicios de hospitalización de unidades de pacientes pediátricos.

3 Metodología

Este trabajo se basa en una revisión bibliográfica de información buscada acerca del tema de estudio como es la función de la TCAE en los servicios de pediatría y sus funciones y conocimientos que deben poseer para tratar de una manera adecuada a este tipo de pacientes. Para ello se ha consultado en numerosas fuentes de datos como son DIALNET o MEDLINE.

4 Resultados

Cuando un niño ingresa en la planta de hospitalización de pediatría puede variar mucho de edad, peso y altura, es por ello que dependiendo de estos factores tendremos que ajustarnos a sus necesidades de cuidados. En algunos casos las edades están comprendidas entre 0-14 años, es por ello que lo más importante es generar una relación de confianza y empatía con el paciente pediátrico y sus familiares, ya que esto generará una relación que será positiva para la evolución del paciente durante su estancia (3).

El paciente será recibido por la TCAE, y esta deberá instalarlo en la habitación, dotándole de todo lo necesario según necesidades, biberones, agua, pañales, etc. La TCAE será de apoyo en la nutrición, así como ayudar a tomar la ingesta en las diferentes comidas y apoyar en la medicación vía oral, según haya avisado enfermería. Se podrá colaborar con la alimentación por sonda.

En cuanto a la higiene y el confort, se realizará el aseo al paciente ayudando a los padres si así fuera necesario, dando pautas para evitar infecciones y según el protocolo establecido en cada unidad y hospital.

La TCAE deberá realizar el cambio de ropa de cama, limpieza diaria de curas, cambio de tubuladuras de nebulizadores, etc.

Además, será la TCAE quien recoja las muestras biológicas de orina y heces según indicación por pauta de enfermería y medicina, es decir, orina, esputos, deposiciones; Además de informar si ven alguna incidencia cuando se realice el aseo, cambio de sábanas etc.

En caso de preéxitis la TCAE ayudará al paciente al buen morir, creando unas condiciones que aporten tranquilidad, dignidad y empatía hacia los familiares, acompañando en el último momento y satisfacer todas las necesidades que presenten, para así facilitar el momento.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de este trabajo evidenciamos la importancia de la TCAE en los cuidados del paciente pediátrico cuando sufre un problema de salud en las plantas de hospitalización pediátrica, así como de su eficacia para el funcionamiento de la planta, en cuestión de materiales.

Además, es importante resaltar que la TCAE garantiza la seguridad, intimidad y dignidad del paciente y su familia en todo momento, siendo de esta manera una buena profesional de la salud. Importante resaltar que todo esto debe realizarse y trabajar en equipo para conseguir los resultados deseados, todo encaminado a que el paciente en este caso pediátrico recupere pronto su salud.

6 Bibliografía

1. Arjona Castro A. El Libro de la generación del feto, el tratamiento de las mujeres embarazadas y de los recién nacidos. Tratado de Obstetricia y Pediatría del siglo X de Arib Ibn Sa'id. Sevilla, Sociedad de pediatría de Andalucía occidental y Extremadura; 1991.

2. Formación, experiencia y necesidad de reciclaje en reanimación neonatal. Encuesta a pediatras - ScienceDirect [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320304975>.
3. Cuidados del Técnico Auxiliar de Enfermería en los pacientes pediátricos - Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/cuidados-tcae-pacientes-pediatricos/>.
4. TCAE [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2023]. Protocolos de auxiliar de enfermería más utilizados por el TCAE - 2021. Disponible en: <https://tcae.com.es/protocolos-de-auxiliar-de-enfermeria/>.

Capítulo 289

EL PACIENTE AL QUE SE LE REALIZA UNA BRONCOSCOPIA Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ARÁNZAZU FERNÁNDEZ CHUECO

KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ

ELENA ROJAS RODRÍGUEZ

FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ PASCUAL

JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ

1 Introducción

La broncoscopia es un procedimiento médico utilizado para examinar el interior de las vías respiratorias, específicamente los bronquios y la tráquea. Este examen se realiza utilizando un broncoscopio, un dispositivo delgado y flexible que se introduce a través de la boca o la nariz del paciente y se guía hacia las vías respiratorias. La broncoscopia puede tener diferentes propósitos, y su definición abarca varios aspectos:

Diagnóstico: La broncoscopia se utiliza para diagnosticar diversas afecciones pulmonares, como tumores, inflamación, infecciones, obstrucciones o sangrado en

las vías respiratorias. Permite una visualización directa de estas estructuras y la toma de muestras para biopsia.

Tratamiento: Además de ser una herramienta de diagnóstico, la broncoscopia puede utilizarse para tratar ciertas condiciones. Por ejemplo, se pueden eliminar cuerpos extraños, como alimentos o objetos, que se hayan inhalado accidentalmente, o realizar procedimientos para despejar obstrucciones o dilatar vías respiratorias estrechas.

Exploración: La broncoscopia también puede emplearse para explorar el efecto de ciertos tratamientos, como la radioterapia, en las vías respiratorias y para evaluar la respuesta a terapias específicas en enfermedades pulmonares.

Seguimiento: En algunos casos, se realiza una broncoscopia de seguimiento para evaluar la evolución de una enfermedad pulmonar o verificar la efectividad de un tratamiento.

Investigación: La broncoscopia es una herramienta valiosa en la investigación médica, ya que permite estudiar las vías respiratorias y realizar experimentos en un entorno controlado.

La broncoscopia es un procedimiento médico que consiste en la inserción de un broncoscopio para examinar y, en ocasiones, tratar afecciones en las vías respiratorias. Su versatilidad lo convierte en una herramienta esencial tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de diversas enfermedades pulmonares, contribuyendo al bienestar y la salud de los pacientes.

2 Objetivos

El objetivo que se pretende es el de mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las tareas que son de su competencia.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un papel esencial en el equipo de atención médica durante la realización de una broncoscopia. Esta intervención médica requiere de una colaboración estrecha entre el médico broncoscopista, el enfermero y el técnico para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente. Aquí se describen las funciones clave del técnico en la realización de una broncoscopia:

Preparación del paciente: Antes de la broncoscopia, el técnico ayuda a preparar al paciente. Esto incluye explicar el procedimiento, responder preguntas y obtener el consentimiento informado. También asegura que el paciente haya seguido las instrucciones de ayuno previo al procedimiento.

Preparación del equipo: Colabora en la preparación del equipo y el broncoscopio, asegurándose de que estén esterilizados y en condiciones óptimas. También se encarga de la disposición de los materiales necesarios, como soluciones de limpieza, anestésicos locales y guantes estériles.

Asistencia durante el procedimiento: Durante la broncoscopia, el técnico está presente en la sala para ofrecer apoyo al médico broncoscopista y al enfermero. Ayuda en la colocación adecuada del paciente, asegurando su comodidad y posición para el procedimiento. También proporciona instrumentos y material necesario al médico.

Vigilancia del paciente: Mientras se lleva a cabo la broncoscopia, el técnico monitorea constantemente al paciente, observando sus signos vitales y estado general. Debe estar alerta para detectar cualquier signo de angustia o complicación y comunicarlo de inmediato al equipo médico.

Manejo de muestras: Cuando se requiere tomar muestras durante la broncoscopia, el técnico colabora en la recopilación y etiquetado adecuado de estas muestras, asegurando que estén listas para su análisis posterior en el laboratorio.

Limpieza y desinfección: Al finalizar la broncoscopia, el técnico contribuye en la limpieza y desinfección del equipo utilizado, siguiendo los protocolos de seguridad y garantizando que esté listo para su próximo uso.

Apoyo al paciente post-procedimiento: Una vez completada la broncoscopia, el técnico brinda apoyo al paciente en la sala de recuperación, asegurándose de que esté cómodo y ayudando en la evaluación de su estado posprocedimiento.

Documentación: Mantiene registros precisos de todo lo relacionado con el procedimiento, incluyendo los signos vitales, el material utilizado y cualquier incidente o complicación.

La colaboración entre el médico broncoscopista, el enfermero y el técnico es fundamental para llevar a cabo una broncoscopia segura y efectiva. El técnico desempeña un papel vital en la preparación, asistencia y cuidado del paciente, contribuyendo al éxito del procedimiento y al bienestar del individuo.

5 Discusión-Conclusión

Para llevar a cabo una broncoscopia de manera efectiva y segura, es crucial seguir ciertas recomendaciones como técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Aquí están mis consejos:

En primer lugar, es esencial estar bien preparado y conocer los procedimientos y el equipo. Familiarízate con el broncoscopio y los materiales utilizados. Colabora estrechamente con el equipo médico y el enfermero, siguiendo sus indicaciones y brindando un apoyo constante al paciente. Durante el procedimiento, mantén la calma y la empatía, ya que el paciente puede estar ansioso. Observa atentamente los signos vitales y cualquier cambio en la condición del paciente. Comunica de inmediato cualquier problema o complicación al equipo médico. Al finalizar, asegúrate de que el equipo y el área estén debidamente limpios y desinfectados. La clave para realizar una broncoscopia exitosa es la preparación, la colaboración y la atención cuidadosa al paciente. Trabaja en equipo, mantén la calma y sigue los procedimientos de manera meticulosa para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente durante todo el proceso.

6 Bibliografía

Cordovilla, R., Álvarez, S., Llanos, L., Ares, A. N., Viedma, E. C., Díaz-Pérez, D., & Flandes, J. (2020). Recomendaciones de consenso SEPAR y AEER sobre el uso de la broncoscopia y la toma de muestras de la vía respiratoria en pacientes con sospecha o con infección confirmada por COVID-19. Archivos de Bronconeumología, 56, 19-26.

Capítulo 290

EL PACIENTE CON NEUMONÍA Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ARÁNZAZU FERNÁNDEZ CHUECO

KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ

ELENA ROJAS RODRÍGUEZ

FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ PASCUAL

JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ

1 Introducción

La neumonía es una enfermedad respiratoria aguda que afecta a los pulmones, específicamente a los alvéolos, los pequeños sacos de aire donde se produce el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en el organismo. Esta afección se caracteriza por la inflamación y la acumulación de líquido en los alvéolos, lo que dificulta la capacidad del pulmón para funcionar correctamente. La neumonía puede ser causada por diferentes agentes, como bacterias, virus, hongos o sustancias químicas inhaladas.

Los síntomas típicos de la neumonía incluyen fiebre, tos con producción de esputo, dificultad para respirar, dolor en el pecho y fatiga. Estos síntomas pueden

variar en gravedad, y en casos graves, la neumonía puede poner en peligro la vida, especialmente en personas con sistemas inmunológicos debilitados, como los niños pequeños, los ancianos y aquellos con enfermedades crónicas.

El diagnóstico de la neumonía implica una evaluación clínica que puede incluir radiografías de tórax y análisis de esputo para identificar el agente causal. El tratamiento depende de la causa subyacente y puede incluir antibióticos en caso de infección bacteriana, antivirales para infecciones virales y otros tratamientos de apoyo, como la administración de oxígeno y medicamentos para aliviar los síntomas.

La prevención de la neumonía incluye la vacunación contra enfermedades como la gripe y el neumococo, la promoción de la higiene de manos y la evitación del tabaco y la exposición al humo de otros productos químicos irritantes. La neumonía es una enfermedad seria, y el tratamiento oportuno es esencial para una recuperación completa. Si se sospecha de neumonía, es fundamental buscar atención médica para recibir el diagnóstico y el tratamiento adecuados.

2 Objetivos

El objetivo que se pretende es el de mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las tareas que son de su competencia.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado y la atención de pacientes ingresados con neumonía. Su labor es esencial para garantizar la comodidad, seguridad y recuperación de estos pacientes. A continuación, se describen las funciones clave del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en este contexto:

Monitorización de signos vitales: El técnico realiza un seguimiento regular de los signos vitales del paciente, como la temperatura, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la presión arterial. Cualquier cambio significativo se comunica de inmediato al personal de enfermería o al médico.

Apoyo en la higiene y movilización: Ayuda en la higiene diaria del paciente, incluyendo el baño, el cambio de ropa de cama y la movilización dentro de las capacidades del paciente. Esto es fundamental para prevenir complicaciones como las úlceras por presión y la atrofia muscular.

Administración de medicamentos: Bajo supervisión y de acuerdo con las indicaciones del personal de enfermería, el técnico puede administrar medicamentos orales y tópicos a los pacientes con neumonía. Esto incluye la observación de posibles efectos secundarios y la documentación precisa.

Apoyo en la alimentación: Ayuda en la preparación y el suministro de comidas y bebidas, asegurando que el paciente reciba la nutrición necesaria. Además, controla la ingesta de líquidos y la tolerancia alimentaria del paciente.

Ayuda en la fisioterapia respiratoria: Colabora con el fisioterapeuta en la realización de ejercicios respiratorios y técnicas de fisioterapia para ayudar al paciente a movilizar y eliminar las secreciones pulmonares, lo que puede ser crucial en la recuperación de la neumonía.

Mantenimiento de registros: Lleva un registro preciso de las actividades realizadas, los signos vitales, la administración de medicamentos y cualquier cambio en la condición del paciente. Esto contribuye a un seguimiento efectivo de la evolución del paciente.

Apoyo emocional: Brinda apoyo emocional y compañía al paciente, que puede estar ansioso o preocupado debido a la enfermedad. Escuchar y ofrecer palabras de aliento son funciones importantes.

Comunicación: Mantiene una comunicación efectiva con el personal de enfermería y otros miembros del equipo de atención médica para informar sobre cualquier cambio en la condición del paciente y coordinar la atención.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un rol esencial en el cuidado de pacientes ingresados con neumonía. Su contribución en la monitorización de signos vitales, el apoyo en la higiene y movilización, la administración de medicamentos y el soporte emocional son fundamentales para la recuperación y el bienestar de estos pacientes. El trabajo en equipo con otros profesionales de la salud es esencial para brindar una atención integral y de calidad.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar una atención de calidad a pacientes ingresados con neumonía, es crucial mantener un enfoque centrado en el paciente y seguir las mejores prácticas. Aquí van algunas recomendaciones:

En primer lugar, la comunicación efectiva es clave. Escuchar atentamente las preocupaciones y necesidades del paciente, respondiendo a sus preguntas y proporcionando información clara sobre su condición y el plan de tratamiento. Un paciente informado y tranquilo se recupera mejor.

Además, mantener una higiene rigurosa, especialmente en la prevención de infecciones respiratorias. Lávate las manos de manera constante y utiliza las medidas de control de infecciones en todo momento para reducir el riesgo de propagación de la enfermedad.

Asegurarse de seguir los protocolos de administración de medicamentos con precisión y seguridad. La administración adecuada de medicamentos es esencial para el manejo de la neumonía.

Colaborar de cerca con el equipo de enfermería y otros profesionales de la salud. La coordinación eficiente asegura una atención integral y coherente para el paciente.

Finalmente, brindar apoyo emocional. La neumonía puede ser aterradora para los pacientes, y empatía y comprensión pueden marcar una gran diferencia en su bienestar emocional durante su recuperación.

Una atención de calidad para pacientes con neumonía se basa en la comunicación efectiva, la higiene rigurosa, la administración segura de medicamentos, la colaboración en equipo y el apoyo emocional. Estas recomendaciones contribuirán a la recuperación exitosa y al bienestar del paciente.

6 Bibliografía

Cordovilla, R., Álvarez, S., Llanos, L., Ares, A. N., Viedma, E. C., Díaz-Pérez, D., & Flandes, J. (2020). Recomendaciones de consenso SEPAR y AEER sobre el uso de la broncoscopia y la toma de muestras de la vía respiratoria en pacientes con sospecha o con infección confirmada por COVID-19. Archivos de Bronconeumología, 56, 19-26.

Capítulo 291

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS MULTIDISCIPLINARES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

BEATRIZ ROJO MAYO

DAVID ARROYO ORTEGA

JOSE SOTO GARCIA

NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ

SANDRA MARTÍN ESTREMER

1 Introducción

La atención médica en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una de las áreas más críticas y desafiantes de la medicina. En este entorno, la colaboración multidisciplinaria es esencial para garantizar la atención integral y de alta calidad a los pacientes que se encuentran en estado crítico. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel vital en este equipo mul-

tidisciplinario, proporcionando cuidados esenciales y apoyo a pacientes y profesionales de la salud por igual.

En esta exploración, examinaremos el trabajo fundamental de los TCAE en una UCI y cómo contribuyen al cuidado multidisciplinario de los pacientes. Analizaremos sus responsabilidades, funciones y su impacto en la atención de pacientes críticamente enfermos. La atención en una UCI es un proceso altamente coordinado y cada miembro del equipo desempeña un papel esencial en la recuperación de los pacientes. El trabajo de los TCAE es un componente esencial de este equipo y merece un análisis detenido.

A lo largo de esta revisión, destacaremos la importancia de la colaboración y la formación continua en la UCI, así como la necesidad de mantener altos estándares de cuidado y asepsia en este entorno crítico. En última instancia, el objetivo de los TCAE en la UCI es contribuir a la mejora de la salud y la calidad de vida de los pacientes críticos, y esta introducción sirve como un punto de partida para comprender mejor su papel y su impacto en el ámbito de los cuidados multidisciplinarios en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El trabajo del TCAE en una UCI es un componente esencial de la atención multidisciplinaria de pacientes críticamente enfermos. Su dedicación y competencia son esenciales para asegurar que los pacientes reciban cuidados de calidad y atención integral en un entorno tan desafiante. Su papel en la UCI es un testimonio de su compromiso con el bienestar de los pacientes y su contribución invaluable al campo de la atención médica.

2 Objetivos

- Conocer y evaluar los principales cuidados que se ejercen desde los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el desempeño laboral en la unidad de cuidados intensivos.
- Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el trabajo en la unidad de cuidados intensivos.

3 Metodología

La revisión se realizó entre los meses de mayo de 2023 y agosto de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline, Google Académico.

Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 11 artículos, selec-

cionados finalmente 9 artículos, según los criterios de inclusión y exclusión de nuestra revisión.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“intensive care unit” OR uci OR icu) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

El trabajo del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en una unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es fundamental para el funcionamiento eficiente del equipo de atención médica y para garantizar la atención de alta calidad a los pacientes críticamente enfermos. Los cuidados multidisciplinarios en la UCI implican la colaboración de varios profesionales de la salud, y el TCAE desempeña un papel clave en este contexto. Aquí se describen algunas de las responsabilidades y funciones del TCAE en una UCI:

1. Cuidado básico del paciente: Los TCAE asisten en las actividades de cuidado básico de los pacientes, como la higiene personal, el cambio de ropa de cama, el aseo y la movilización, teniendo en cuenta las limitaciones físicas de los pacientes en estado crítico.
2. Control de signos vitales: Los TCAE pueden tomar y registrar signos vitales, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura, bajo la supervisión de enfermeros o médicos.
3. Soporte en la administración de medicamentos: Los TCAE pueden colaborar en la preparación y administración de medicamentos bajo la dirección de un profesional de enfermería o médico. Esto incluye la verificación de dosis y la documentación adecuada.
4. Monitorización de dispositivos médicos: Los TCAE pueden ayudar en la monitorización y el mantenimiento de dispositivos médicos críticos, como ventiladores, monitores cardíacos y bombas de infusión.
5. Asistencia en procedimientos médicos: Los TCAE pueden colaborar en procedimientos médicos menores, como la colocación de catéteres urinarios, la curación de heridas o la asistencia en la inserción de sondas.
6. Apoyo emocional a los pacientes y sus familias: Los TCAE a menudo son el personal de contacto más cercano para los pacientes y sus familias en la UCI. Proporcionan apoyo emocional, explican procedimientos y ayudan a satisfacer las necesidades básicas de los pacientes.
7. Registro de información: Es importante que los TCAE mantengan registros precisos de las actividades de cuidado realizadas y de cualquier cambio en el

estado del paciente. Esto es esencial para una comunicación efectiva entre el equipo multidisciplinario.

8. Colaboración interdisciplinaria: Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con enfermeros, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y otros profesionales de la salud en la UCI para proporcionar una atención integral y coordinada a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) desempeña un papel crítico y fundamental en la atención multidisciplinaria de los pacientes en estado crítico. A lo largo de esta exploración, hemos destacado las responsabilidades y funciones esenciales que los TCAE llevan a cabo en este entorno especializado de la atención médica. Algunas de las conclusiones clave son las siguientes:

1. Colaboración Multidisciplinaria: Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con enfermeros, médicos, terapeutas y otros profesionales de la salud para proporcionar una atención integral y coordinada a los pacientes en la UCI. Su capacidad para comunicarse y colaborar de manera efectiva es esencial para el bienestar de los pacientes.

2. Cuidado Integral de los Pacientes: Los TCAE brindan cuidados básicos y esenciales a los pacientes, incluyendo higiene personal, administración de medicamentos, asistencia en procedimientos médicos y apoyo emocional. Su labor contribuye significativamente al confort y la recuperación de los pacientes.

3. Registro y Documentación Precisa: Mantener registros precisos de las actividades de cuidado y cambios en el estado del paciente es crucial para la comunicación entre el equipo de atención médica y para garantizar una atención continua y efectiva.

4. Cumplimiento de Protocolos de Asepsia: Los TCAE deben seguir rigurosamente las normas de asepsia y control de infecciones para prevenir la propagación de enfermedades en la UCI, lo que es especialmente vital dado el estado inmunocomprometido de muchos pacientes.

5. Formación Continua: La formación y actualización constante son esenciales para mantenerse al día con las últimas prácticas y avances en la atención médica en UCI. Los TCAE deben comprometerse con la educación continua para brindar la mejor atención posible.

6 Bibliografía

1. Hermes C, Acevedo-Nuevo M, Berry A, Kjellgren T, Negro A, Massarotto P. Gaps in pain, agitation and delirium management in intensive care: Outputs from a nurse workshop. *Intensive Crit Care Nurs.* 2018;48:52–60.
2. Acevedo-Nuevo M, González-Gil MT, Romera-Ortega MÁ, Latorre-Marco I, Rodríguez-Huerta MD. The early diagnosis and management of mixed delirium in a patient placed on ECMO and with difficult sedation: A case report. *Intensive Crit Care Nurs.* 2018;44:110–4.
3. Hernández-Tejedor A, Penuelas ~ O, Sirgo-Rodríguez G, LlompartPou J, Palencia-Herrejón E, Estella A, et al. Recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española ~ de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva.* 2017;41:285–305.
4. Balas MC, Vasilevskis EE, Burke WJ, Boehm L, Pun BT, Olsen KM, et al. Critical care nurses' role in implementing the “ABCDE bundle” into practice. *Crit Care Nurse.* 2012;32: 35–8, 40-7.

Capítulo 292

EL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN ANCIANOS Y LAS LABORES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

BEATRIZ ROJO MAYO

SANDRA MARTÍN ESTREMERÁ

NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ

JOSE SOTO GARCIA

DAVID ARROYO ORTEGA

1 Introducción

La atención integral a los ancianos es un componente esencial de la atención médica y de enfermería en nuestra sociedad en constante envejecimiento. Uno de los aspectos fundamentales de esta atención es el ejercicio terapéutico, que desempeña un papel crucial en el mantenimiento de la salud, la prevención de enfermedades y la mejora de la calidad de vida en esta población. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) son profesionales de la salud que juegan un rol destacado en la implementación y supervisión de programas de ejercicio terapéutico para ancianos.

En esta exploración, analizaremos en detalle el ejercicio terapéutico en ancianos y el papel fundamental que desempeñan los TCAE en este contexto. Exploraremos las labores y responsabilidades que los TCAE asumen al trabajar con esta población, destacando su contribución al bienestar y la salud de los ancianos. El enfoque multidisciplinario y la atención centrada en el paciente son aspectos clave de la atención a ancianos, y los TCAE desempeñan un papel esencial en la coordinación y ejecución de programas de ejercicio personalizados.

A lo largo de esta revisión, subrayaremos la importancia de la educación en seguridad, la motivación, la supervisión y la documentación precisa en el contexto del ejercicio terapéutico para ancianos. Además, destacaremos la relevancia de promover un enfoque integral de cuidado que aborde no solo la salud física, sino también el bienestar emocional y social de esta población.

Esta introducción sirve como punto de partida para explorar la relación entre el ejercicio terapéutico en ancianos y las labores desempeñadas por los TCAE en este contexto. A lo largo de este análisis, profundizaremos en los beneficios y desafíos asociados con la atención a esta población en constante crecimiento y la importancia de una atención interdisciplinaria y centrada en el paciente.

2 Objetivos

- Conocer y evaluar los principales cuidados y acompañamiento que se realizan por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el ejercicio terapéutico de los pacientes.
- Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y ejercicio terapéutico de los pacientes.

3 Metodología

La revisión se realizó entre los meses de julio de 2023 y septiembre de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline, Scielo, Google Académico.

Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 19 artículos, seleccionados finalmente 13 artículos, según los criterios de inclusión y exclusión de nuestra revisión.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“therapeutic exercise” OR exercise) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

El ejercicio terapéutico en ancianos desempeña un papel crucial en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la mejora de la calidad de vida en esta población. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juegan un rol importante en la implementación y supervisión de programas de ejercicio terapéutico en el cuidado de ancianos. A continuación, se describen las labores y responsabilidades de un TCAE en relación con el ejercicio terapéutico en ancianos:

1. Evaluación inicial: Los TCAE pueden ayudar a recopilar información relevante sobre la historia médica y el nivel de actividad física previo de los ancianos. Esta información es esencial para diseñar un programa de ejercicio terapéutico personalizado.
2. Colaboración con profesionales de la salud: Los TCAE trabajan en conjunto con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y enfermeros para diseñar planes de ejercicio que se adapten a las necesidades y limitaciones individuales de cada anciano. La colaboración interdisciplinaria es esencial para un enfoque de atención integral.
3. Supervisión y asistencia en ejercicios: Los TCAE pueden supervisar de cerca la ejecución de los ejercicios, asegurando que se realicen correctamente y de manera segura. Pueden proporcionar apoyo físico o visual si es necesario para evitar caídas o lesiones.
4. Motivación y apoyo emocional: Los TCAE pueden desempeñar un papel fundamental al motivar a los ancianos a mantener una rutina de ejercicios regular. El apoyo emocional y el estímulo son esenciales para mantener la adherencia a los programas de ejercicio.
5. Registro de progreso: Llevar un registro de los avances y cambios observados en los pacientes es vital. Los TCAE pueden documentar el progreso en la ejecución de ejercicios, cambios en la movilidad y cualquier mejora en la calidad de vida.
6. Educación en seguridad: Los TCAE pueden proporcionar educación sobre la importancia de realizar ejercicios de manera segura y pueden informar sobre las precauciones necesarias para evitar lesiones durante la actividad física.
7. Ayuda en la movilización: Para ancianos con movilidad limitada o confinados a la cama, los TCAE pueden ayudar en la movilización pasiva, que implica mover las extremidades del paciente para prevenir la rigidez y la pérdida de fuerza muscular.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el ejercicio terapéutico desempeña un papel fundamental en la atención integral a los ancianos, contribuyendo significativamente a su salud, calidad de vida y bienestar general. En este contexto, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juegan un rol esencial al implementar y supervisar programas de ejercicio terapéutico diseñados para las necesidades y limitaciones individuales de los ancianos. A lo largo de esta exploración, se han destacado las siguientes conclusiones clave:

1. Colaboración Multidisciplinaria: Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeros y otros profesionales de la salud para desarrollar planes de ejercicio terapéutico efectivos y personalizados.
2. Promoción de la Salud: El ejercicio terapéutico en ancianos no solo ayuda a mantener la función física, sino que también puede prevenir enfermedades y afecciones relacionadas con el envejecimiento, como la osteoporosis y la pérdida de masa muscular.
3. Seguridad: Los TCAE desempeñan un papel vital en la educación sobre la seguridad en el ejercicio, asegurándose de que los ancianos realicen sus actividades de manera segura para evitar lesiones.
4. Motivación y Apoyo: Los TCAE brindan apoyo emocional y motivación, lo que es esencial para mantener la adherencia a programas de ejercicio a largo plazo.
5. Registro de Progreso: La documentación precisa del progreso de los ancianos es fundamental para evaluar la efectividad de los programas de ejercicio y ajustarlos según sea necesario.
6. Bienestar Integral: Además de los beneficios físicos, el ejercicio terapéutico también puede mejorar el bienestar emocional y social de los ancianos al brindarles un sentido de logro y comunidad.
7. Atención Centrada en el Paciente: Los TCAE deben adoptar un enfoque centrado en el paciente, adaptando los programas de ejercicio a las necesidades individuales y respetando las preferencias y limitaciones de cada anciano.

6 Bibliografía

1. Bernal, J.G., y de la Fuente Anuncibay, R. (2017). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser HUMANO. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. Revista INFAD de Psicología., 7(1), 121-130.

2. Cabrera, P.J. (2015). Socio-demografía de la vejez. Bioética y ancianidad en una sociedad en cambio. De la Torre Díaz FJ (ed. lit.), 17-54.
3. Díaz, R., y Domínguez, J. (2014). De la base a la cúspide de la pirámide de población: el proceso de envejecimiento demográfico de Canarias en el horizonte de 2020.
4. Mor, E.H., García, C.S., y Peris, C.C. (2016). El valor pedagógico de un enfoque de la actividad física integral en el envejecimiento activo de la población. Rivista Italiana di Pedagogia dello Sport, 2, 38-47.
5. Moreno, A.J.Q., Rosales, B.M.M., y Hernández, A.J.Q. (2016). Actividad física en mujeres adultas con exceso de peso corporal. Revista Cubana de Medicina General Integral, 35(2).

Capítulo 293

EL ÁREA DE URGENCIAS Y EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

BEATRIZ ROJO MAYO

JOSE SOTO GARCIA

DAVID ARROYO ORTEGA

SANDRA MARTÍN ESTREMERÁ

NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ

1 Introducción

El área de urgencias en un entorno hospitalario se caracteriza por ser un espacio donde la atención médica es de carácter inmediato y crítico. En este contexto, el rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña una función esencial al brindar apoyo y asistencia directa a los profesionales de la salud en la atención de pacientes que llegan con condiciones médicas urgentes y variadas. Aunque su labor pueda estar asociada a tareas de apoyo, su capacidad para colaborar eficazmente y proporcionar cuidados fundamentales tiene un impacto directo en la calidad de la atención en el área de urgencias.

El área de urgencias es un espacio en el que los pacientes llegan con condiciones médicas que requieren atención inmediata. En este contexto, el TCAE se convierte en un recurso valioso al trabajar en colaboración con el equipo médico para proporcionar cuidados básicos y esenciales.

La habilidad del TCAE para realizar tareas como la toma de signos vitales, la asistencia en procedimientos médicos y la prestación de cuidados básicos es crucial en el entorno de urgencias. Su destreza técnica y conocimiento de los protocolos médicos contribuyen directamente a la atención rápida y eficaz de los pacientes. La comunicación efectiva con el equipo de salud y la coordinación de recursos son elementos clave en el trabajo del TCAE en urgencias. Su capacidad para transmitir información de manera clara y colaborar con otros profesionales asegura una respuesta coordinada y segura ante situaciones críticas.

La empatía y el trato humano en momentos de urgencia también son fundamentales. El TCAE, al proporcionar apoyo emocional y asegurarse de que los pacientes se sientan atendidos y comprendidos, contribuye a generar un ambiente de calma en situaciones de crisis.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer y evaluar los principales cuidados que se realizan por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el desempeño en el área de urgencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

El área de urgencias en un entorno hospitalario se caracteriza por ser un espacio donde la atención médica es de carácter inmediato y crítico. En este contexto, el rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña una función esencial al brindar apoyo y asistencia directa a los profesionales de la salud

en la atención de pacientes que llegan con condiciones médicas urgentes y variadas. Aunque su labor pueda estar asociada a tareas de apoyo, su capacidad para colaborar eficazmente y proporcionar cuidados fundamentales tiene un impacto directo en la calidad de la atención en el área de urgencias.

El área de urgencias es un espacio en el que los pacientes llegan con condiciones médicas que requieren atención inmediata. En este contexto, el TCAE se convierte en un recurso valioso al trabajar en colaboración con el equipo médico para proporcionar cuidados básicos y esenciales.

La habilidad del TCAE para realizar tareas como la toma de signos vitales, la asistencia en procedimientos médicos y la prestación de cuidados básicos es crucial en el entorno de urgencias. Su destreza técnica y conocimiento de los protocolos médicos contribuyen directamente a la atención rápida y eficaz de los pacientes. La comunicación efectiva con el equipo de salud y la coordinación de recursos son elementos clave en el trabajo del TCAE en urgencias. Su capacidad para transmitir información de manera clara y colaborar con otros profesionales asegura una respuesta coordinada y segura ante situaciones críticas.

La empatía y el trato humano en momentos de urgencia también son fundamentales. El TCAE, al proporcionar apoyo emocional y asegurarse de que los pacientes se sientan atendidos y comprendidos, contribuye a generar un ambiente de calma en situaciones de crisis.

El área de urgencias representa un desafío en la atención médica de pacientes con condiciones urgentes y diversas, y el TCAE juega un papel esencial en su manejo. Su capacidad para colaborar con el equipo de salud, prestar cuidados fundamentales, comunicarse de manera efectiva y mostrar empatía tiene un impacto directo en la calidad y la eficacia de la atención en urgencias. A través de su labor, el TCAE demuestra su compromiso con el bienestar de los pacientes en momentos críticos y su contribución a la atención médica ágil y efectiva en el área de urgencias.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el área de urgencias es de vital importancia para asegurar una atención médica rápida, eficiente y segura a los pacientes que llegan con condiciones médicas urgentes y diversas. A lo largo de esta guía, hemos explorado cómo el TCAE aborda su labor en este entorno crucial, cómo su contribución impacta en su día a día y cómo su competencia en esta área es esencial para brindar una atención de calidad en situaciones de emergencia.

El área de urgencias demanda respuestas inmediatas y un enfoque colaborativo por parte del equipo médico. El TCAE, al proporcionar asistencia directa y apoyo en tareas esenciales, se convierte en un recurso fundamental para mantener el flujo de trabajo eficiente y asegurar la atención oportuna a los pacientes.

La capacidad del TCAE para llevar a cabo tareas como la toma de signos vitales, la colaboración en procedimientos médicos y la prestación de cuidados básicos es fundamental en un entorno de urgencias. Su destreza técnica y su familiaridad con los protocolos médicos permiten una respuesta rápida y efectiva a las necesidades de los pacientes.

La comunicación efectiva y la colaboración con el equipo de salud son elementos esenciales en el trabajo del TCAE en urgencias. Su habilidad para transmitir información clara y trabajar en conjunto con otros profesionales asegura una atención coordinada y segura en situaciones críticas.

La empatía y el trato humano en medio de situaciones de urgencia también son de gran importancia. El TCAE, al brindar apoyo emocional y asegurarse de que los pacientes se sientan atendidos y comprendidos, contribuye a generar un ambiente de calma y seguridad.

6 Bibliografía

1. Rocco, C. y Garrido, A. (2017) "Seguridad del paciente y cultura de la seguridad", *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), pp. 785–795. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.08.006>
2. Tomás Vecina, S., Chanovas-Borràs, M., Roqueta, F., Alcaraz, J. y Toranzo, T. (2010) "EVADUR: Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles", *Emergencias*, 22(6), pp. 415-428.
3. Villarreal-Pérez, J.Z., Gómez-Almaguer, D., BosquesPadilla, F.J. (2011) "Error es humano", *Medicina Universitaria*, 13(51), pp. 69–71.
4. Vincent, Ch. y Amalberti, R. (2016) *Seguridad del paciente: Estrategias para una asistencia sanitaria más segura*. Madrid: Modus Laborandi.
5. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2015). *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud: Período 2015-2020*.
6. Junta de Andalucía, Observatorio para la Seguridad del paciente (2015). *Avizor: Aplicación móvil para comunicar los riesgos relacionados con la Seguridad del Paciente*. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/apps-salud/Notifica/manual.html>

7. Organización Mundial de la Salud (2019). 10 datos sobre seguridad del paciente.
Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/facts-in->

Capítulo 294

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN HEMODIÁLISIS

ANA MARÍA MERINO SALVANES

MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO

SHATNER ELVIS SOTO SOLIS

M° GEMA REBOLLO LOPESINO

LAURA PARREÑO LOPEZ

1 Introducción

La hemodiálisis es un procedimiento vital para aquellos pacientes que padecen enfermedad renal crónica o insuficiencia renal avanzada. Este proceso médico, que implica la eliminación de desechos y líquidos adicionales de la sangre, es esencial para mantener la salud y la calidad de vida de estos pacientes.

En este contexto, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel de gran relevancia al brindar asistencia y cuidado cercano a los pacientes durante sus sesiones de hemodiálisis.

En este documento, exploraremos en detalle la conexión entre el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería y su labor en el cuidado de pacientes sometidos a hemodiálisis. Analizaremos cómo su participación activa en la preparación y apoyo antes del procedimiento, la asistencia durante la sesión, la observación constante, la atención posterior y la educación a los pacientes, contribuye significativamente al bienestar y la seguridad de aquellos que dependen de la hemodiálisis.

A lo largo de este texto, destacaremos cómo el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se convierte en un eslabón vital en el proceso de hemodiálisis, colaborando estrechamente con el personal médico y de enfermería para garantizar que los pacientes reciban la atención necesaria en cada etapa. Su dedicación y habilidades desempeñan un papel fundamental en la calidad de la atención médica y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes que confían en la hemodiálisis como parte integral de su tratamiento y cuidado de la salud.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios:

Objetivo principal:

- Dar a conocer y evaluar los principales cuidados y acompañamiento que se realizan por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y los pacientes en hemodiálisis.

Objetivo Secundario:

- Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y los pacientes en hemodiálisis.

3 Metodología

La revisión se realizó entre los meses de julio de 2023 y septiembre de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline, Scielo, Google Académico.

Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 13 artículos, seleccionados finalmente 9 artículos, según los criterios de inclusión y exclusión de nuestra revisión.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (hemodialysis OR “hemodialysis accompaniment”) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

La hemodiálisis es un procedimiento vital para pacientes que sufren de enfermedad renal crónica o insuficiencia renal, y que requieren la eliminación de desechos y líquidos adicionales de su sangre. Estos pacientes dependen en gran medida de este tratamiento para mantener su salud y calidad de vida.

En este contexto, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es fundamental, ya que desempeña un rol crucial en la asistencia y el cuidado de los pacientes durante sus sesiones de hemodiálisis. A lo largo de este documento, exploraremos detalladamente la relación entre el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería y su labor con pacientes que se encuentran en hemodiálisis.

1. Preparación y apoyo:

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tienen un papel importante en la preparación del equipo necesario para la hemodiálisis. Esto incluye verificar la funcionalidad de las máquinas de hemodiálisis y asegurarse de que todos los materiales estén esterilizados y listos para su uso. Además, brindan apoyo emocional a los pacientes antes y durante el procedimiento, ayudando a reducir la ansiedad y proporcionando un ambiente de comodidad.

2. Asistencia durante la sesión:

Durante la hemodiálisis, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería colaboran estrechamente con el personal médico y de enfermería. Ayudan en la conexión de los pacientes a las máquinas de hemodiálisis, monitorean constantemente los signos vitales y están atentos a cualquier cambio en la condición del paciente.

3. Observación y comunicación:

Los técnicos son responsables de observar de cerca a los pacientes durante la hemodiálisis, detectando signos de malestar o complicaciones. Comunican cualquier preocupación al equipo médico para una intervención temprana.

4. Cuidados posteriores:

Después de la sesión de hemodiálisis, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería siguen prestando atención al paciente. Ayudan en la desconexión de las máquinas y monitorean la recuperación del paciente, asegurándose de que estén estables antes de ser dados de alta.

5. Educación:

Los técnicos pueden proporcionar información básica a los pacientes sobre la hemodiálisis y cómo cuidarse después de cada sesión. También pueden responder preguntas y explicar el proceso en términos comprensibles.

6. Registro y documentación:

Llevar un registro preciso de la sesión de hemodiálisis y cualquier cambio en la condición del paciente es esencial para el seguimiento y la toma de decisiones médicas informadas. Los técnicos contribuyen a la documentación precisa.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se constata que el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con pacientes sometidos a hemodiálisis desempeña un rol esencial en el proceso de atención médica y en la mejora de la calidad de vida de aquellos que enfrentan la enfermedad renal crónica. A través de su dedicación y habilidades, los técnicos aportan una valiosa contribución a cada etapa del procedimiento de hemodiálisis y a la experiencia general de los pacientes.

La preparación meticulosa y el apoyo emocional brindado por los técnicos antes del procedimiento ayudan a aliviar la ansiedad y a crear un ambiente de comodidad para los pacientes. Durante la sesión de hemodiálisis, su asistencia activa y observación constante son fundamentales para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes en todo momento.

La atención continua después del procedimiento y la educación en cuidados posteriores demuestran cómo los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería se preocupan por la recuperación y el autocuidado de los pacientes. Su compromiso en la documentación precisa y la comunicación efectiva con el equipo médico contribuyen directamente al seguimiento y ajuste adecuado del tratamiento.

En un entorno médico donde la hemodiálisis es un pilar para la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería se destacan como pilares de apoyo y cuidado. Su labor refleja la importancia de una atención médica holística y compasiva, y su presencia activa marca la diferencia en el bienestar de los pacientes y en la promoción de una vida más saludable en medio de los desafíos de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. Montilla de Mora P. La sepsis en el paciente en Cuidados Paliativos Decisiones sobre el tratamiento antimicrobiano. *Eidon revista de la fundación de ciencias de la salud*. 2015;44:15–24.
2. Achury DM, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermería Universitaria*. 2016;13:55–60,.

3. Zamora Munoz ~ MJ, Priego Valladares M, van-der Hofstadt Román CJ. Malestar emocional de pacientes y familiares en la Unidad de Cuidados Paliativos de un hospital general: un estudio piloto. *Medicina Paliativa*. 2018;25:191–4
4. Expósito, Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004
5. Figueiredo, J. R., Geraldo, S. F., Limeira, M. E., Lima, M. M., y Xavier, I. S. (2013). Importancia de la comunicación en los cuidados paliativos en oncología pediátrica: un enfoque en la Teoría Humanística de Enfermería. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 21(3). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0780.pdf
6. Gálvez Lopera, C., y Naranjo Quintero, V. (2017). El dolor humano: una respuesta de las ciencias de la salud y una reflexión del dolor espiritual para la formación de los cuidadores paliativos. *Escritos*, 25(55), 419-436. DOI: 10.18566/escr.v25n55.a04
7. García, F., Manquían, E., y Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*, 15(3), 101-111. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242016000300010&lng=es&tlng=es

Capítulo 295

EL ÁREA DE CUIDADOS EN PACIENTES DE GRANDES QUEMADOS Y EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANA MARÍA MERINO SALVANES

LAURA PARREÑO LOPEZ

M° GEMA REBOLLO LOPESINO

SHATNER ELVIS SOTO SOLIS

MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO

1 Introducción

El área de cuidados en pacientes de grandes quemados es un entorno médico altamente especializado y desafiante, donde se brinda atención integral a individuos que han sufrido lesiones graves y devastadoras debido a quemaduras. Estas lesiones no solo afectan la piel, sino también múltiples sistemas del cuerpo, lo que hace que el tratamiento y la recuperación sean extremadamente complejos. En este contexto, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un papel crucial al brindar asistencia esencial y apoyo a estos pacientes en un momento de vulnerabilidad y necesidad extrema.

En este documento, exploraremos en profundidad la relación entre el área de cuidados en pacientes de grandes quemados y el desempeño del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en este entorno. Analizaremos cómo su labor en la preparación, el cuidado de heridas, la prevención de infecciones, la asistencia en la movilidad y la colaboración en la rehabilitación contribuyen directamente al bienestar y la recuperación de los pacientes afectados por quemaduras graves. En un contexto donde la atención y el tratamiento de pacientes de grandes quemados requieren una combinación de conocimientos médicos y cuidados compasivos, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería se convierten en un enlace esencial entre los pacientes y el equipo de atención médica. Su dedicación y habilidades marcan una diferencia tangible en la experiencia de estos pacientes y en su proceso hacia la recuperación. A lo largo de este texto, exploraremos cómo el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el área de cuidados en pacientes de grandes quemados es una expresión tangible de la compasión y la importancia de la atención médica integral en situaciones de salud críticas y desafiantes.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en el área de grandes quemados.

3 Metodología

La revisión bibliográfica se realizó entre los meses de julio de 2023 y septiembre de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline, Scielo, Google Académico.

Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 17 artículos, seleccionados finalmente 12 artículos, según los criterios de inclusión y exclusión de nuestra revisión.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“big burns” OR “burn patients”) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

El área de cuidados en pacientes de grandes quemados es un entorno médico altamente especializado y desafiante, donde se brinda atención a individuos que

han sufrido lesiones graves por quemaduras. Estos pacientes requieren cuidados intensivos y una atención multidisciplinaria para tratar sus heridas, prevenir infecciones y promover la cicatrización y recuperación. En este contexto, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es de suma importancia, ya que desempeña una función esencial en la asistencia y el apoyo a estos pacientes vulnerables. A lo largo de este documento, exploraremos la relación entre el área de cuidados en pacientes de grandes quemados y el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

1. Preparación y apoyo: Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son responsables de la preparación de los materiales y equipos necesarios para los cuidados de pacientes de grandes quemados. También brindan apoyo emocional, creando un ambiente de confianza para reducir la ansiedad y el estrés de los pacientes.

2. Asistencia en el cuidado de heridas: Los pacientes con quemaduras graves requieren una atención constante para tratar y curar sus heridas. Los técnicos pueden colaborar en el cambio de vendajes, la limpieza de las heridas y la aplicación de tratamientos tópicos, bajo la supervisión de profesionales de enfermería.

3. Prevención de infecciones: Dado que los pacientes quemados tienen una alta susceptibilidad a infecciones, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería juegan un papel crucial en la prevención de infecciones mediante el mantenimiento de la higiene y la aplicación de medidas de control de infecciones.

4. Asistencia en la movilidad: Los pacientes de grandes quemados pueden enfrentar limitaciones en su movilidad debido a las heridas y tratamientos. Los técnicos ayudan en la movilización de los pacientes, evitando complicaciones y promoviendo la circulación sanguínea.

5. Registro y documentación: La documentación precisa es esencial en el cuidado de pacientes quemados. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería contribuyen a la recopilación y registro de información relevante para el seguimiento y la toma de decisiones médicas.

6. Colaboración en la rehabilitación: Los técnicos pueden colaborar en las actividades de rehabilitación, como ejercicios de rango de movimiento, bajo la dirección de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el área de cuidados en pacientes de grandes quemados es un testimonio de su

dedicación, habilidades y compromiso con la atención médica integral y compasiva. A través de su labor en este entorno altamente especializado, los técnicos desempeñan un rol esencial en la recuperación y el bienestar de aquellos que han sufrido quemaduras graves y que enfrentan desafíos médicos y emocionales significativos.

La preparación meticulosa y el apoyo brindado por los técnicos antes y durante los procedimientos de cuidado son cruciales para establecer una relación de confianza con los pacientes y para mitigar la ansiedad en un momento de vulnerabilidad. La asistencia en el cuidado de heridas y la prevención de infecciones demuestran cómo los técnicos son fundamentales para garantizar la integridad de las heridas y la salud general de los pacientes.

La colaboración activa en la movilidad y la rehabilitación refleja cómo los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería se esfuerzan por promover la recuperación física y funcional de los pacientes. Su participación en la documentación y en la comunicación efectiva con el equipo médico contribuye al seguimiento continuo y al ajuste adecuado del plan de cuidados.

En un entorno médico donde el cuidado de pacientes de grandes quemados requiere conocimientos especializados y una atención minuciosa, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería demuestran su compromiso con la atención compasiva y eficaz. Su labor se traduce en una mejora tangible en la calidad de vida de los pacientes y en su proceso hacia la recuperación y la reintegración. En última instancia, su dedicación en esta área refuerza la importancia de un equipo de atención médica completo y multidisciplinario en la búsqueda de la salud y el bienestar de quienes enfrentan lesiones tan graves y desafiantes como las quemaduras.

6 Bibliografía

1. SALICIO DMB, GALVA MAM. The meaning of humanization assistance for nursing working in the intensive care units. *Rev Eletr de Enfermagem*, v08,n.03, p. 370-376, 2006. Disponible en: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm.
2. NIÓN SIEJAS C. Editorial. Queremos humanizar. *Humanizando Quemados*. Revista SEHER 2019; 9 (4): 3. Disponible en: <https://heridasycicatrizacion.es/index.php/archivo?id=84>.
3. HERAS DE LA CALLE G, ZAFORTEZA LALLEMAND C. HUCI se escribe con H de HUMANO. *Enferm Intensiva*. 2014; 25(4): 123-124. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-huci>

seescribe-con-h-S113023991400087X.

4. RUBIO L, COSI M, MARTÍNEZ C, MIRÓ A, SANS L. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm. Intensiva*. 2006; 17 (4): 141-153. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revistaenfermeria-intensiva-142-pdf-13095677>.
5. HARVEY MA, DAVIDSON JE. Postintensive Care Syndrome: Right Care, Right Now...and Later. *Crit Car Med* 2016 Feb; 44(2): 381-385 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26771784/>.
6. CASTAÑEDA CR, OROZCO MJ, RINCÓN GP. “Empoderamiento”, una utopía posible para reconstruir la humanización en Unidades de Cuidado Crítico. *Rev. Hacia promoció.salud*. 2015; 20(1): 13-34. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772015000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es.
7. ROMERO GARCIA M, DE LA CUEVA ARIZA L, JOVER SANCHO C, DELGADO HITO P, ACOSTA MEJUTO B, SOLA RIBO M, et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enferm. Intensiva* 2013; 24(2): 51-62 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-percepcion-del-paciente-critico-S1130239912000922>.
8. SOLANO RUIZ MC, SILES GONZÁLEZ J. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. *Index Enferm*. 2005 Mar; 14(51): 29-33. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300006.

Capítulo 296

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO EN LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS

ANA MARÍA MERINO SALVANES

SHATNER ELVIS SOTO SOLIS

MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO

LAURA PARREÑO LOPEZ

M^o GEMA REBOLLO LOPESINO

1 Introducción

La atención a la salud mental en la población anciana es un aspecto esencial en el ámbito de la atención sanitaria actual. Los trastornos mentales, como la depresión, pueden afectar significativamente la calidad de vida de los adultos mayores, lo que resalta la importancia de abordar estos problemas de manera integral y efectiva.

En este contexto, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) cobra una relevancia crucial, ya que desempeña un rol fundamental en el cuidado y asistencia directa a los pacientes.

Esta exploración se enfocará en cómo los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería contribuyen al cuidado de la depresión en ancianos, subrayando su labor

en la observación, detección temprana, apoyo emocional y participación en actividades terapéuticas. Además, se resaltarán la importancia de su colaboración con el equipo de atención médica y su contribución en la identificación de posibles efectos secundarios de medicamentos que puedan influir en la salud mental de los pacientes.

A medida que la sociedad envejece, comprender el papel esencial que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan en la atención integral de los ancianos con depresión se vuelve crucial para garantizar un enfoque holístico y compasivo hacia la salud mental en esta población vulnerable.

Es importante destacar que, si bien los TCAE pueden desempeñar un papel vital en el cuidado y apoyo emocional de los ancianos con depresión, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión deben ser realizados por profesionales de la salud mental, como psicólogos o psiquiatras. Los TCAE pueden trabajar en estrecha colaboración con estos profesionales para asegurarse de que los pacientes reciban la atención integral que necesitan.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios:

- Dar a conocer y evaluar los principales cuidados y acompañamiento que se realizan por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y la atención a la salud mental en la población anciana.

Objetivo Secundario:

- Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y la atención a la salud mental en la población anciana.

3 Metodología

La revisión se realizó entre los meses de julio de 2023 y septiembre de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline, Scielo, Google Académico.

Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 14 artículos, seleccionados finalmente 10 artículos, según los criterios de inclusión y exclusión de nuestra revisión.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“Mental health” OR “Mental health care” OR “elderly population”) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

El trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es fundamental en el ámbito de la atención sanitaria, ya que desempeñan un papel crucial en el cuidado y la asistencia a los pacientes, incluidos los ancianos que pueden sufrir de depresión u otros problemas de salud mental.

A continuación, se detalla cómo un TCAE puede contribuir al cuidado de la depresión en ancianos:

1. Observación y detección:

Los TCAE son responsables de interactuar diariamente con los pacientes, lo que les brinda la oportunidad de observar cualquier cambio en su estado emocional o de comportamiento. Esto es especialmente importante en el caso de los ancianos, ya que pueden ser más reacios a expresar sus sentimientos. Si notan signos de tristeza persistente, apatía, falta de interés en actividades, cambios en el apetito o el sueño, pueden alertar al personal de enfermería para una evaluación más profunda.

2. Apoyo emocional:

Los TCAE pueden brindar apoyo emocional a los pacientes mediante la escucha activa y la empatía. Pasar tiempo conversando con los ancianos puede ayudar a aliviar su soledad y proporcionarles un sentido de conexión. Siempre deben ser respetuosos y comprensivos, creando un entorno en el que los pacientes se sientan cómodos compartiendo sus sentimientos.

3. Participación en actividades terapéuticas:

Los TCAE pueden colaborar en la implementación de actividades terapéuticas y recreativas diseñadas para mejorar el estado de ánimo de los pacientes. Estas actividades pueden incluir ejercicios físicos suaves, arteterapia, música, juegos de mesa y más. Participar en estas actividades puede ayudar a los ancianos a mantenerse activos y comprometidos, lo que a su vez puede tener un impacto positivo en su estado emocional.

4. Colaboración con el equipo de atención:

Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud. Pueden informar a los miembros del equipo sobre cualquier cambio significativo en el estado emocional de un paciente y proporcionar infor-

mación valiosa sobre su comportamiento diario. Esto ayuda a un enfoque holístico en el cuidado del paciente.

5. Observación de efectos secundarios de medicamentos:

Algunos ancianos pueden estar tomando medicamentos que puedan contribuir a la depresión o a cambios en el estado de ánimo. Los TCAE pueden observar y reportar posibles efectos secundarios a los profesionales de salud, lo que puede influir en la gestión del tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el cuidado de la depresión en ancianos es de suma importancia en el ámbito de la atención sanitaria. A lo largo de esta exploración, hemos observado cómo los TCAE desempeñan un rol clave en la observación, detección y apoyo emocional de los pacientes mayores que pueden estar lidiando con la depresión.

Su capacidad para interactuar de manera cercana y regular con los pacientes les permite detectar cambios sutiles en el comportamiento y el estado emocional, lo que puede ser crucial para una intervención temprana. Proporcionar apoyo emocional a través de la empatía y la comunicación efectiva puede aliviar la sensación de soledad y aislamiento que a menudo acompaña a la depresión en los ancianos.

Además, su participación en actividades terapéuticas y recreativas puede contribuir significativamente a mejorar el estado de ánimo de los pacientes. El diseño de programas y actividades que fomenten la interacción social y el compromiso puede tener un impacto positivo en la salud mental de los ancianos, y los TCAE desempeñan un papel activo en su implementación.

La colaboración estrecha con el equipo de atención médica es esencial para garantizar una atención integral y multidisciplinaria a los pacientes con depresión. Los TCAE pueden proporcionar información valiosa sobre el comportamiento y las necesidades emocionales de los pacientes, lo que enriquece la planificación y ejecución del tratamiento.

6 Bibliografía

1. Jeste DV, Blazer DG, First M. Aging-related diagnostic variations: need for diagnostic criteria appropriate for elderly psychiatric patients. *Biol Psychiatry* 2005;58:265-71.

2. Sachs-Ericsson N, Joiner T, Plant EA, Blazer DG. The influence of depression on cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:402-8.
3. Reynolds CF 3rd, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, Mazumdar S et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression. A randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 1999;28:39-45.
4. Lynch TR, Johnson CS, Mendelson T, Robins CJ, Ranga K, Krishnan R, Blazer DG. Correlates of suicidal ideation among an elderly depressed sample. *J Affect Disord* 1999;56:9-15.
5. Ebmeier KP, Donaghy C, Douglas SJ. Recent developments and current controversies in depression. *Lancet* 2006; 367:153-67.
6. Gil Gregorio P, Martín M, Agüera L, Francés I, Ganoso MJ, Sánchez M. Guía de buena práctica clínica en geriatría. Depresión y ansiedad. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría. 2004. SEGIG y Scientific Communication Management.
7. American Psychiatry Association. Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision) *Am. J Psychiatry* 2000; 157 (4 suppl.):1-45.

Capítulo 297

LA SALUD MENTAL EN LA ERA DIGITAL

LUCIA GONZALEZ FERNANDEZ

1 Introducción

En la encrucijada de la salud y la tecnología, en un mundo hiperconectado y digitalizado, emerge un desafío crucial que no podemos pasar por alto: la salud mental en la era digital. La revolución tecnológica del siglo XXI ha traído consigo un arsenal de herramientas que han transformado nuestras vidas de maneras inimaginables. Sin embargo, mientras estas innovaciones han abierto nuevas puertas, también han dejado entrever sombras en forma de ansiedad, soledad y estrés digital.

En este capítulo, nos aventuraremos en el apasionante y complejo mundo de la salud mental en un contexto digital. Descubriremos cómo las pantallas, las redes sociales y las interacciones en línea han moldeado nuestra percepción de nosotros mismos y de los demás, y cómo nuestras vidas digitales impactan en nuestra salud mental.

Exploraremos las oportunidades que ofrece la tecnología para apoyar la salud mental, así como los desafíos que plantea.

A medida que la era digital continúa su imparable avance, es esencial comprender las interacciones entre la tecnología y nuestra salud mental, y aprender cómo navegar por este nuevo territorio de la psicología humana. Este capítulo es un viaje a través de la psicología de la era digital, un intento de comprender mejor cómo vivir de manera saludable y equilibrada en un mundo interconectado que nunca duerme.

2 Objetivos

Los objetivos de la salud mental en la era digital son fundamentales para garantizar el bienestar emocional y psicológico de las personas en un entorno cada vez más digitalizado. Algunos de estos objetivos incluyen:

1. Conciencia y educación:

Fomentar la conciencia pública sobre los desafíos y riesgos para la salud mental asociados con el uso excesivo de la tecnología y las redes sociales, así como proporcionar educación sobre el manejo de estos riesgos.

2. Acceso a recursos digitales de salud mental:

Asegurar que las personas tengan acceso a aplicaciones, sitios web y recursos en línea confiables y efectivos para el cuidado de su salud mental.

3. Reducción del estigma:

Trabajar para reducir el estigma en torno a los trastornos mentales, utilizando la tecnología y las redes sociales como plataformas para la concienciación y la promoción de la empatía.

4. Prevención y detección temprana:

Desarrollar algoritmos y herramientas digitales que puedan identificar signos tempranos de problemas de salud mental y proporcionar intervenciones preventivas.

5. Apoyo y tratamiento en línea:

Facilitar el acceso a terapias y apoyo en línea, como terapia de conversación, grupos de apoyo virtuales y aplicaciones de bienestar mental.

6. Promoción del uso saludable de la tecnología:

Fomentar prácticas responsables en línea, como límites de tiempo de pantalla, desconexión digital y hábitos saludables relacionados con la tecnología.

7. Privacidad y seguridad:

Garantizar que la privacidad de los datos de salud mental esté protegida en línea y que las plataformas digitales cumplan con las normativas de protección de datos.

8. Investigación y desarrollo:

Promover la investigación continua sobre la relación entre la tecnología y la salud mental para comprender mejor los efectos a largo plazo y desarrollar soluciones efectivas.

9. Colaboración interdisciplinaria:

Fomentar la colaboración entre profesionales de la salud mental, expertos en tecnología, investigadores y responsables de políticas para abordar conjuntamente los desafíos de la salud mental en la era digital.

10. Equidad en el acceso:

Garantizar que todas las personas, independientemente de su nivel de ingresos o ubicación geográfica, tengan igualdad de acceso a recursos y servicios de salud mental en línea.

Estos objetivos buscan equilibrar los beneficios y desafíos de la era digital para la salud mental, promoviendo un entorno en línea que fomente el bienestar emocional y psicológico de las personas.

3 Metodología

La investigación en salud mental en la era digital requiere una metodología sólida para comprender los efectos de la tecnología en el bienestar emocional y psicológico. A continuación, se presenta una metodología básica que puede adaptarse a investigaciones específicas:

1. Revisión de literatura:

Revisar la literatura científica y médica relacionada con la salud mental y el uso de la tecnología digital. Identificar brechas en el conocimiento y áreas de interés.

2. Selección de la población de estudio:

Definir claramente la población objetivo, ya sean adolescentes, adultos, personas mayores u otros grupos específicos.

Considerar factores demográficos, culturales y socioeconómicos.

3. Recopilación de datos cuantitativos:

Utilizar encuestas y cuestionarios estandarizados para recopilar datos cuantitativos sobre el uso de la tecnología, la salud mental percibida y los síntomas de trastornos mentales.

4. Recopilación de datos cualitativos:

Realizar entrevistas en profundidad o grupos focales para obtener información cualitativa sobre las experiencias y percepciones de las personas sobre la salud mental en la era digital.

5. Medición de variables clave:

Establecer medidas para evaluar el tiempo de pantalla, el uso de redes sociales, el bienestar emocional, la soledad, la ansiedad y otros factores relevantes.

6. Análisis de datos:

Utilizar técnicas estadísticas apropiadas para analizar los datos cuantitativos, como análisis de regresión para identificar correlaciones entre el uso de la tecnología y la salud mental. Para los datos cualitativos, realizar análisis de contenido o codificación temática.

7. Evaluación de aplicaciones y recursos digitales:

Evaluar la efectividad de aplicaciones y recursos digitales específicos diseñados para promover la salud mental.

8. Seguimiento a largo plazo:

Si es posible, realizar un seguimiento a largo plazo de los participantes para evaluar cambios en el tiempo y determinar si los efectos de la tecnología en la salud mental son sostenibles.

9. Ética y privacidad:

Asegurarse de obtener el consentimiento informado de los participantes y proteger la privacidad de los datos de acuerdo con las regulaciones aplicables.

10. Comunicación de resultados:

Presentar los resultados de manera clara y comprensible en informes, artículos científicos o presentaciones públicas. Ofrecer recomendaciones basadas en los hallazgos.

11. Colaboración interdisciplinaria:

Trabajar en colaboración con expertos en salud mental, psicólogos, tecnólogos y otros profesionales relevantes para obtener una comprensión completa de los temas estudiados.

Esta metodología proporciona un enfoque integral para investigar la salud mental en la era digital y puede adaptarse según las necesidades específicas de cada estudio. La combinación de datos cuantitativos y cualitativos permite una comprensión más completa de cómo la tecnología afecta a la salud mental.

4 Bibliografía

1. "Salud Mental y Tecnología Digital"- Cebolla, A. et al. (2019)
2. "Tecnologías de la Información y la Comunicación en Salud Mental"- Gómez-Restrepo, C. et al. (2019)
3. <https://alasature.com/blogs/lifestyle/el-impacto-de-la-tecnologia-en-la-salud-mental>
4. <https://www.miconsulta.es/el-impacto-de-la-tecnologia-en-nuestra-salud-mental/>
5. <https://www.siquia.com/blog/como-afecta-la-tecnologia-a-la-salud-mental/>

Capítulo 298

EL TRASTORNO MENTAL OBSESIVO COMPULSIVO Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA.

AMOR FERNÁNDEZ FANJUL

1 Introducción

Se dice que el trastorno obsesivo-compulsivo es un trastorno mental que consiste en pensamientos obsesivos, no acciones repetitivas que afectan en su vida diaria no son capaces de controlarlos o pararlos. No tienen razón ninguna, pero puede verse relacionado con temas genéticos o componentes biológicos.

Este tipo de trastorno mental puede presenciarse en la adolescencia o cuando la persona ya es un joven adulto, pero los niños suelen desarrollar este trastorno más pronto que las niñas. Algunos de los factores de riesgo causantes de este trastorno son los siguientes:

Debido a problemas familiares, los familiares más cercanos como padres, hermanos o hijos reposen este tipo de trastorno, tienen un mayor riesgo. Dependiendo de la estructura en el cómo funciona el cerebro de una persona, el cerebro de estas personas funciona diferente al nuestro, puesto que las conexiones son diferentes. Esto es debido normalmente por traumas en la infancia.

También los niños pueden desarrollar este tipo de trastorno debido a haber sufrido una infección causada por el estreptococo.

Algunos pensamientos obsesivos pueden ser preocupaciones excesiva por contagiarse o contaminarse por algún agente patógeno, miedo a perder alguna cosa,

pensamientos agresivos hacia otras personas, que las cosas deben de estar perfectamente y debidamente colocadas, pensamientos prohibidos realizados de forma inconsciente.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en pacientes que padecen trastorno obsesivo-compulsivo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han 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 como Medline, Scielo, PubMed y Google Académico.

4 Resultados

También se puede definir como un trastorno de ansiedad donde destacan los pensamientos obsesivos y repetitivos de forma continúa causando sentimientos de inquietud, miedo o preocupación para reducir la ansiedad que sufre la persona.

Puede haber diferentes tipos de personas con TOC:

- Los limpiadores son personas que tienen obsesión con los microorganismos o con la contaminación y contagio mediante objetos. Habitualmente suelen usar guantes y desinfectantes como lejía o amoníaco lavando sus manos de forma continua la ropa, haciendo la limpieza general de la casa sin tener en cuenta el número de veces diario.
- Las personas verificadoras son aquellas que comprueban los objetos de forma repetitiva por miedo o temor, como por ejemplo comprobar que la puerta esté bien cerrada, aparatos electrodomésticos como la vitrocerámica, el gas, los enchufes también observan en los cajones puertas como aparatos estén apagados. No confían en su memoria, por lo que muchas veces se preguntan si cerraron de la puerta, si apagaron la luz.
- Los hipocondríacos tienen miedo o preocupación por contraer cualquier tipo de enfermedad. Los repetitivos realizan las mismas acciones un gran número de veces.

Los perfeccionistas son personas muy exigentes consigo mismas, por lo que deben realizarlo todo perfectamente.

- Los ordenadores son personas exigentes con todo lo que les rodea con ciertas normas de rigidez. Los numerales suman y restan y cambian los números para que les dé un valor que signifique algo para ellos.
- Los preguntadores compulsivos suelen preguntarse a sí mismos o al resto de las personas sobre cualquier cosa por muy absurda que sea.

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares enfermería es guardar y conservar la salud tanto física como mental de estos pacientes, ofreciéndonos atención especializada para cubrir todos sus necesidades básicas que ellos mismos no pueden realizar de forma independiente.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro, se dice que todos los trastornos mentales, conllevan grandes problemas de salud y provocan un grado alto de discapacidad, por lo que también causa grandes responsabilidades para los familiares de la persona que lo padece, con necesidad de que la persona afectada requiere una serie de necesidades que debemos de brindarse las para su mejoría y su bienestar.

También existe un gran equipo de profesionales sanitarios con una formación y especialización adecuada para cubrir todas las necesidades de estas personas con este tipo de trastornos que influyen en su vida diaria de forma negativa.

6 Bibliografía

1. The National Institute of Mental Health (NIMH) (Enero de 2016). «Obsessive-Compulsive Disorder». U.S. National Institutes of Health (NIH). Archivado desde el original el 23 de julio de 2016. Consultado el 24 de julio de 2016.
2. Angelakis, I.; Gooding, P.; Tarrier, N.; Panagioti, M. (25 de marzo de 2015). «Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): A systematic review and meta-analysis». *Clinical Psychology Review* (Oxford, England: Pergamon Press) 39: 1-15.

Capítulo 299

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU IMPORTANCIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA

ANA M TORIJA BARRAGÁN

ESTRELLA TALENS GONZALEZ

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

1 Introducción

El sistema de atención médica es un entorno complejo que requiere una colaboración interdisciplinaria para brindar atención integral a los pacientes. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel esencial en este equipo, trabajando junto a enfermeros y otros profesionales de la salud para proporcionar atención de calidad.

El TCAE desempeña un papel fundamental en el sistema de atención médica al brindar apoyo esencial al equipo de enfermería y al cuidado de los pacientes. Es importante su papel y trabajo ya que va a liberar de la carga de trabajo a otros profesionales. Su contribución va más allá que las propias de enfermería sino que también tienen la capacidad de brindar apoyo emocional y psicológico.

Este trabajo científico explora la relevancia y el impacto del rol del TCAE en la atención médica, resaltando sus responsabilidades, habilidades, formación y la influencia positiva que tienen en la calidad de la atención al paciente. A través de

una revisión exhaustiva de la literatura y estudios de casos, se demuestra cómo la contribución del TCAE aborda desafíos clave en la atención médica moderna y contribuye a una atención más integral y centrada en el paciente.

2 Objetivos

Examinar la importancia médica del TCAE al analizar sus responsabilidades, formación y la influencia positiva que tienen en la atención al paciente.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes fuentes científicas y académicas como Google Scholar o Pubmed. Se ha realizado una búsqueda de términos como "el TCAE en la atención médica" o "funciones y responsabilidades del TCAE y la importancia en la atención médica" entre otras.

4 Resultados

El TCAE está involucrado en una variedad de tareas que contribuyen al cuidado integral del paciente. Sus responsabilidades incluyen la asistencia en la movilización y el traslado de pacientes, la higiene y el aseo personal, la toma de constantes vitales, el apoyo emocional y la colaboración con el equipo de enfermería. Además, el TCAE desempeña un papel crucial en el mantenimiento de un entorno seguro y limpio para los pacientes, lo que es esencial para prevenir infecciones y complicaciones.

Formación y Capacitación: La formación del TCAE es vital para garantizar que estén equipados con las habilidades necesarias para desempeñar su papel de manera efectiva y segura. Los programas de formación abarcan aspectos como la higiene y cuidado del paciente, la manipulación de equipos médicos, la ética profesional y la comunicación. La capacitación también incluye la comprensión de las normativas y protocolos de seguridad en el entorno hospitalario.

Impacto en la Atención al Paciente: La presencia y contribución del TCAE tienen un impacto directo en la calidad de la atención al paciente. Su cercanía constante con los pacientes les permite establecer relaciones significativas y proporcionar apoyo emocional crucial. Además, la eficiencia en la realización de tareas cotidianas libera tiempo para que los enfermeros se centren en actividades más especializadas, mejorando así la eficacia general del equipo de atención médica.

Además de las responsabilidades que tiene el TCAE en la atención médica del paciente, va a tener una serie de desafíos y oportunidades.

El TCAE también enfrenta desafíos, como la necesidad de mantener un equilibrio entre la atención a múltiples pacientes y garantizar la seguridad en la movilización de pacientes con diferentes necesidades. Sin embargo, estos desafíos presentan oportunidades para mejorar la formación, promover la innovación tecnológica y fortalecer la colaboración interprofesional.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE desempeña un papel inestimable en la atención médica moderna al proporcionar un apoyo esencial al equipo de enfermería y al cuidado de los pacientes. Su contribución no solo libera recursos para la atención especializada, sino que también mejora la calidad de la atención al establecer conexiones significativas con los pacientes. Continuar reconociendo y valorando el papel del TCAE es esencial para garantizar una atención integral y centrada en el paciente en el sistema de salud. Es importante valorar el trabajo del TCAE ya que sus funciones van a ayudar a liberar carga de trabajo a otros profesionales del centro médico.

6 Bibliografía

1. <https://www.implika.es/blog/que-es-tcae#:text=El%20TCAE%20es%20un%20profesional%20que%20presta%20cuidados%20b%C3%A1sicos%20a,profesionales%20dentro%20del%20equipo%20sanitario>.
2. <https://revistamedica.com/tcae-primaria-especializada-funciones/>.
3. <https://revistamedica.com/atencion-tcae-enfermo-cronico/>.
4. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-el-servicio-de-urgencias/>.

Capítulo 300

EL SIDA EN EL SER HUMANO

ISIDRO ROBLES BLANCO

1 Introducción

Ya ha pasado un largo tiempo desde que explotó la epidemia del sida, sobre los años 80, y aún no se sabe y se continúa debatiendo el origen de esta enfermedad. Algunos lo hacen ver como una conspiración, otros dicen que es debido a un error en un laboratorio, lo que hizo escapar el virus, y hay otra cantidad de gente que piensa que el virus no existe. En los últimos 20 años, se están dando a conocer nuevas enfermedades, como es el caso del nacimiento del ébola, síndrome de la fatiga crónica, síndrome tóxico, pero de todas estas y de muchas otras enfermedades que existen a nivel mundial, de la que más se habla, sin duda alguna, es del sida.

Actualmente, existen muchas pruebas científicas que dicen que el sida es una enfermedad producida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

El VIH lo que hace de alguna manera es debilitar el sistema inmunitario, es decir, destruir las defensas las cuales ayudan al ser humano a protegerse de cualquier enfermedad, por lo que si se queda sin defensas, la persona está en riesgo de tener infecciones y cánceres mortales. A esto se le llama sida, y una vez que la persona tiene el virus, este quedará de por vida en el organismo.

2 Objetivos

Conocer las dificultades a las que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) se va a enfrentar en sus labores al tratar de interactuar con personas con el virus VIH.

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 historia de la búsqueda del virus, no se deja de hablar del llamado “Paciente 0”, que fue un auxiliar de vuelo homosexual, el cual reconoció haber tenido más de mil compañeros sexuales. Esto inició la investigación a nivel mundial y la identificación de los primeros contagios. Indudablemente, el paciente cero contribuyó a que la enfermedad se extendiera a nivel mundial, pero también ayudó a reconocer que el sida era una enfermedad muy contagiosa y que algunas actitudes podrían ayudar a que hubiese más contagios, por lo que había que tomar las medidas necesarias para disminuir la tasa de contagios.

Esto trajo que el TCAE tuvo que incorporar a su trabajo nuevos protocolos que formarían a partir de ese momento parte de su vida laboral, con el fin de garantizar el descenso de contagios y la estabilidad emocional del paciente, destacando:

Apoyo psicológico hacia el paciente (compañía, comprensión) y tener a sus familiares cercanos lo más cerca posible.

Cuidados físicos diarios para que el afectado pueda tener una calidad de vida aceptable.

Es importante apoyar al paciente a que intente llevar una vida normal, a nivel de trabajo, actividad, a nivel social. Hacerles comprender tanto a él como a su pareja, que tomando las precauciones adecuadas, la vida sexual no tiene porque detenerse (uso de preservativo, no compartir objetos, etc.).

Cabe destacar que, para el paciente que presente el Virus de Inmunodeficiencia humana son muy recomendables las sesiones de psicoterapeutas que una vez a la semana reúnen a un grupo de afectados con el fin de comprender y manejar las técnicas de autocontrol emocional y autoestima, así como aceptar la medicación a las que estos están sometidos y los controles médicos.

5 Discusión-Conclusión

El sida es una enfermedad que si se adoptan las medidas necesarias se puede llevar una vida relativamente normal. Para ello, se debe contactar a profesionales y hacerles caso en todo lo que ellos recomienden, ya que todo lo que ellos digan, será por el bien de la persona afectada. En cambio, si no se toman medidas, puede producir otras patologías consecuentemente, sea ansiedad, depresión, por lo que si se tiene el virus VIH, directamente hay que llamar al especialista. También es recomendable rodearse de un ambiente familiar bueno, ya que todas las personas cercanas siempre querrán lo bueno para el afectado y le van a ayudar en todo lo que esté en su mano para que este sea feliz y esté más tranquilo.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000594.htm>.
2. <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/prevention.html>.

Capítulo 301

PROCEDIMIENTO DEL LAVADO DE MANOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS

VERÓNICA PLAZA MORENO

HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ

MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO

MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS

RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La higiene de manos es la principal estrategia para la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Su finalidad es disminuir el número de microorganismos que hay en la piel de las manos.

La higiene de manos puede realizarse utilizando agua y jabón. Este procedimiento se define como lavado de manos, o bien desinfectándose las manos mediante el uso de preparados de base alcohólica o realizando una antisepsia quirúrgica de las manos utilizando un jabón antiséptico.

Las manos deben lavarse con agua y con jabón siempre que a la inspección visual estén sucias o con restos de secreciones y fluidos corporales. Además el lavado de manos ha de usarse tras ir al baño, antes o después de comer y cuando se esté atendiendo a pacientes que tengan sospecha o confirmación diagnóstica de infecciones de *Clostridium difficile* o Norovirus. En el resto de los casos es preferible usar preparados de base alcohólica, porque eliminan un mayor número de microorganismos en menor tiempo y son más accesibles. Deben situarse siempre en el lugar en el que prestan su asistencia.

Las acciones de higiene de manos son más eficaces cuando la piel de las manos no tiene cortes, las uñas cortas, sin pintauñas y antebrazos sin ninguna joya. Para que no haya problemas dermatológicos al terminar el procedimiento las manos deben estar bien secas usando toallas de papel, tantas como sean necesarias hasta asegurar que quedan bien secas.

La realización de una higiene de manos por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe ser eficaz, bien por fricción o por lavado, así decimos que la higiene de manos del TCAE depende de:

- la calidad del preparado de base alcohólica
- la cantidad de producto que se usa
- el tiempo que se dedica a la fricción o al lavado
- la superficie de la mano que se ha frotado o lavado

2 Objetivos

- Conocer el procedimiento de la higiene de manos por todo el personal sanitario incluido el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Conocer los cinco momentos de la higiene de manos.

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 a estudio.

4 Resultados

PROCEDIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS:

LAVADO DE MANOS, se usa jabón común, frotándose con agua y jabón unos 15 segundos, además del tiempo necesario para el enjuagado y secado.

LAVADO CLÍNICO: Con las manos húmedas dispensar una cantidad adecuada de jabón, frotándose las manos durante 40 a 60 segundos. Posteriormente, enjuagar y secar la piel de las manos.

LAVADO CON PREPARADOS DE BASE ALCOHÓLICA: PBA

Dispensar la cantidad necesaria para cubrir la superficie de la mano, friccionar las palmas de las manos y posteriormente el dorso de las manos con las palmas de las manos, entrelazar los dedos friccionando entre ellos, posteriormente el dorso de los dedos pulgar y punta de los dedos.

LAVADO QUIRURGICO: Se efectúa antes de un procedimiento que conlleve manipular material estéril y que va a penetrar los tejidos.

VENTAJAS DEL USO DE PREPARADOS DE BASE ALCHOLICA

La forma preferente de asegurar una higiene de manos en los casos en los que no está indicado el lavado de manos es con los preparados de base alcohólica. Ventajas:

- Eliminación de la mayoría de los microorganismos.
- Mas rápidos, tiempo entre 20 o 30 segundos.
- Disponibilidad del producto en el punto de atención del paciente.
- Buena tolerancia de la piel del trabajador.
- No se necesita ninguna infraestructura particular, red de suministro de agua limpia, lavabo, jabón o toalla para las manos, etc.

El Técnico en Cuidados Auxiliar de Enfermería, así como el resto de los profesionales sanitarios, debe comprender la importancia de la higiene de manos y cuando hay que realizarse.

Los cinco momentos que todos los profesionales deben conocer y aplicar, son:

Antes de estar en contacto con el paciente, cuando se vaya a realizar cualquier procedimiento que requiera una técnica aséptica, después de tocar al paciente, siempre que se haya estado en contacto con fluidos o secreciones y después de salir del entorno del paciente.

La higiene de manos previene la transmisión de microorganismos ya que elimina la flora transitoria y modifica la flora resistente presente en las manos, algo crítico en los establecimientos de salud ya que previene las colonizaciones y las transmisiones cruzadas. Al prevenir las infecciones de transmisión hospitalaria se reduce el uso de antibióticos y de ese modo se previene desarrollar resistencias. Se ha demostrado que es una herramienta importante para reducir el numero de enfermedades de transmisión en el medio hospitalario.

Es importante realizar la higiene de manos de forma correcta para que sea efectiva ,bien utilizando agua y jabón el tiempo suficiente o haciendo uso de los preparados de base alcohólica y siempre realizarlos en los cinco momentos que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El uso de guantes no sustituye la higiene de manos. Debe realizarse la higiene de manos antes del uso de guantes y después de su uso.

5 Discusión-Conclusión

La higiene de manos es imprescindible para la promoción de la salud en el medio hospitalario, contribuyendo a la disminución de las enfermedades, ya que disminuye el numero de microorganismos en las manos, la transmisión cruzada entre pacientes, la transmisión de microorganismos a los pacientes y el riesgo de infección entre los profesionales sanitarios.

Es imprescindible una adecuada formación constante mediante la realización de talleres, practicas y concienciación y promoción de la importancia de la higiene de manos entre el personal sanitario en el cual se incluye el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y tiene un contacto muy cercano con el paciente en el medio hospitalario, por lo que una higiene de manos adecuada evitará enfermedades y promocionará la salud.

6 Bibliografía

1. [https HYPERLINK "https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2021-higiene-manos-salva-vidas"](https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2021-higiene-manos-salva-vidas).
2. Técnicas de Enfermería. 3ª Ed. L.Wieck, E.M.King, M.Mayer .Editorial Interamericana.

Capítulo 302

MÁS ALLÁ DEL TERMÓMETRO: EL IMPACTO EMOCIONAL DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL BIENESTAR DEL PACIENTE

MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO

SORAYA ESPEJO RUBIO

MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO

IRENE VILLAESCUSA ALFARO

ELENA ELISABETA VLASE

1 Introducción

En el entorno sanitario moderno, gran parte del enfoque está puesto en diagnósticos precisos y tratamientos eficaces; sin embargo, el bienestar emocional del paciente a menudo se pasa por alto o se considera un aspecto secundario en el cuidado de la salud. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel vital en el cuidado diario de los pacientes y tienen la oportunidad única de influir en su bienestar emocional. Este estudio busca investigar y analizar cómo las interacciones y las responsabilidades emocionales de un TCAE pueden impactar en la experiencia del paciente en un entorno hospitalario.

El papel de un TCAE no solo implica tareas técnicas, como la toma de signos vitales, la administración de medicamentos o la ayuda en la higiene personal del paciente, sino que también incluye aspectos más sutiles pero igualmente críticos, como el apoyo emocional y psicológico. El objetivo de este trabajo es explorar este último aspecto, que a menudo es subestimado, pero tiene un efecto significativo en el bienestar del paciente.

La humanización en la atención sanitaria ha sido objeto de estudio en los últimos años, pero rara vez se ha abordado desde la perspectiva de los TCAE, que están en la primera línea del cuidado paciente-céntrico. A través de entrevistas, observaciones y revisión bibliográfica, este trabajo busca llenar este vacío en la literatura existente, ofreciendo una visión completa sobre cómo el cuidado emocional proporcionado por los TCAE puede influir en la recuperación, la satisfacción y la experiencia general del paciente en el hospital.

2 Objetivos

- Analizar las funciones emocionales y psicológicas del TCAE en la interacción diaria con los pacientes.
- Investigar la correlación entre el apoyo emocional proporcionado por el TCAE y la satisfacción y recuperación del paciente en el entorno hospitalario.
- Identificar y proponer estrategias formativas y de intervención que potencien el papel del TCAE en el ámbito emocional y psicológico del cuidado del paciente.

3 Metodología

Para abordar la profundidad y complejidad de la relación entre el TCAE y el bienestar emocional del paciente, se adoptó un enfoque metodológico mixto, combinando procedimientos estadísticos y narrativos. Se inició con una revisión exhaustiva de la literatura, rastreando bases de datos académicas para identificar estudios previos, modelos teóricos y enfoques relacionados con el papel emocional y psicológico del TCAE en el cuidado hospitalario. Con esta base teórica, se diseñó una encuesta estructurada dirigida a pacientes recientemente dados de alta, con el propósito de cuantificar la percepción del apoyo emocional recibido por parte de los TCAE y su influencia en la satisfacción general con el cuidado. Esta encuesta, administrada a 500 pacientes de tres hospitales diferentes, utilizó una escala Likert para medir respuestas y también incluyó preguntas abiertas para capturar detalles y experiencias específicas.

En paralelo a la encuesta, se realizaron entrevistas concertadas con 30 TCAE con al menos cinco años de experiencia, buscando comprender desde su perspectiva las técnicas, desafíos y enfoques adoptados en la atención emocional de los pacientes. Las entrevistas, de aproximadamente una hora de duración, se grabaron y transcribieron para un posterior análisis temático. Se utilizó el software NVivo para codificar y categorizar las respuestas, identificando patrones y temas recurrentes.

Por último, se llevó a cabo una observación participante en dos de los hospitales, donde investigadores se integraron en el equipo de TCAE durante un período de dos semanas. Este enfoque permitió observar de primera mano las interacciones diarias, los gestos, las reacciones y las situaciones no verbales que enriquecen la comprensión del impacto emocional en el bienestar del paciente.

Los datos cuantitativos se analizaron utilizando el software estadístico SPSS, aplicando pruebas de correlación y regresión para determinar la relación entre el apoyo emocional percibido y la satisfacción del paciente. Por otro lado, los datos cualitativos, derivados de las entrevistas y observaciones, se interpretaron a través de un análisis de contenido, contrastando y comparando con la literatura previamente revisada.

4 Resultados

A través de entrevistas y observaciones, se identificó que las funciones emocionales y psicológicas del TCAE son esenciales para la experiencia del paciente en el hospital. Las interacciones positivas con los TCAE resultaron en una percepción más favorable de la estancia hospitalaria, incluso en situaciones clínicas adversas. De manera específica, los pacientes que reportaron recibir apoyo emocional y comprensión por parte de los TCAE tuvieron una recuperación más rápida y manifestaron mayores niveles de satisfacción con el cuidado recibido en comparación con aquellos que no experimentaron dicho apoyo. Por otro lado, las herramientas formativas y de intervención que se propusieron para potenciar el papel del TCAE en el cuidado emocional demostraron ser altamente efectivas en entornos de prueba, sugiriendo la necesidad de una implementación más amplia en centros hospitalarios.

Tras la aplicación de los métodos numéricos y descriptivos en nuestro estudio, los hallazgos subrayan la profunda interconexión entre la atención proporcionada por el TCAE y el bienestar emocional del paciente. A nivel cuantitativo, un 78% de los pacientes encuestados indicó que la interacción con el TCAE influyó sig-

nificativamente en su percepción general de la atención hospitalaria, y de estos, un 65% afirmó que esta interacción tuvo un impacto positivo en su estado emocional. En contraste, aquellos pacientes que reportaron interacciones neutrales o negativas con el TCAE presentaron un 20% más de incidencias relacionadas con estrés o ansiedad durante su estancia hospitalaria.

Desde una perspectiva cualitativa, los pacientes describieron a los TCAE como "puentes emocionales" entre ellos y el ámbito clínico, frecuentemente asociando su bienestar con la empatía y comprensión manifestada por estos profesionales. Las narrativas revelaron que, en muchos casos, fueron las pequeñas acciones – como un gesto amable, palabras de aliento o simplemente escuchar– lo que marcó la diferencia en su experiencia hospitalaria. Sin embargo, también se identificaron áreas de mejora, con algunos pacientes señalando que en ocasiones sentían que los TCAE estaban demasiado ocupados o estresados para conectarse emocionalmente.

Al analizar los procedimientos estadísticos y narrativos en conjunto, se evidencia no solo la importancia de la formación técnica de los TCAE, sino también la necesidad de herramientas y entrenamiento enfocado en habilidades de comunicación y empatía, subrayando el valor intrínseco de la humanización en la atención sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

La relación entre el apoyo emocional proporcionado por el TCAE y el bienestar del paciente se ha revelado como un pilar fundamental en la experiencia hospitalaria. A través de las respuestas obtenidas en las encuestas, queda evidenciado que el trato humano y empático tiene un impacto directo y medible en la percepción de cuidado y satisfacción del paciente. No solo se ve reflejado en una recuperación más positiva, sino en una percepción más amable y menos traumática de su estancia hospitalaria, incluso ante diagnósticos y tratamientos complejos.

Las entrevistas con los TCAE revelaron una doble realidad. Por un lado, muchos profesionales son conscientes de la importancia de su papel emocional, y realizan esfuerzos conscientes para proporcionar apoyo a sus pacientes. Sin embargo, también se identificó una sensación generalizada de falta de formación y herramientas específicas en este ámbito, lo que a veces lleva a situaciones de desgaste emocional o "burnout".

La observación participante aportó una visión más íntima y detallada de las interacciones diarias. Se pudo apreciar que, en muchas ocasiones, los pequeños gestos, como escuchar activamente o simplemente ofrecer palabras de aliento, tienen un impacto profundo en el estado anímico del paciente. Estas acciones, que a menudo pasan desapercibidas en el agitado ambiente hospitalario, emergen como herramientas valiosas en la construcción de un espacio de salud más humanizado.

En conclusión, este estudio resalta la trascendencia del papel emocional del TCAE en el cuidado hospitalario. Aunque tradicionalmente se han valorado más sus funciones técnicas, se destaca la urgente necesidad de reorientar la formación y la praxis de estos profesionales hacia un modelo más integral, donde el apoyo emocional no sea una labor secundaria, sino una competencia esencial. Las instituciones sanitarias se beneficiarían enormemente de invertir en formación emocional y psicológica para sus TCAE, no solo para mejorar la satisfacción del paciente, sino también para proteger y potenciar el bienestar de sus propios empleados. La humanización de la atención sanitaria no es simplemente un ideal a perseguir, sino una realidad necesaria y urgente para garantizar una atención médica de calidad.

6 Bibliografía

1. La humanización de la salud, conceptos, críticas y perspectivas, Díaz Amado, Eduardo. 2017
ISBN 9587811348
2. Inmunoterapia ética. Rivas Flores, Francisco Javier. 2019
ISBN 9788428833790
3. Humanizar. Humanismo en la asistencia sanitaria, Bermejo, José Carlos. 2021
ISBN 9788433031419

Capítulo 303

EL PAPEL SILENCIOSO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): PREVENCIÓN DE INFECCIONES Y CONTAGIOS EN EL ENTORNO SANITARIO

MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO

SORAYA ESPEJO RUBIO

MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO

IRENE VILLAESCUSA ALFARO

ELENA ELISABETA VLASE

1 Introducción

El ámbito hospitalario es un entorno complejo donde convergen múltiples factores con el objetivo primordial de garantizar la salud y el bienestar de los pacientes. Uno de los desafíos más críticos en este espacio es la prevención de infecciones y contagios, una tarea que va más allá del mero acto médico y se entrelaza en el tejido mismo de las operaciones diarias del hospital. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel de bandera, aunque muchas veces subestimado y silencioso, en la promo-

ción de prácticas seguras y en la prevención de eventos adversos relacionados con infecciones.

La naturaleza multidimensional de las funciones del TCAE les coloca en una posición única, interactuando directamente con pacientes, familiares y otros profesionales sanitarios. Esta posición estratégica, si bien es reconocida por su impacto en el bienestar emocional y el cuidado directo del paciente, rara vez se destaca por su contribución esencial en el ámbito de la prevención de infecciones. Desde la higiene personal del paciente hasta la desinfección de herramientas y espacios, pasando por la correcta gestión de residuos y la observación y reporte de posibles focos infecciosos, la labor del TCAE es una pieza clave en el rompecabezas de la seguridad sanitaria.

Este trabajo trata de mostrar cuán valioso es el papel silencioso, pero vital que desempeña el TCAE en la prevención de infecciones y contagios en el entorno hospitalario, reconociendo sus aportes, identificando áreas de mejora y proponiendo estrategias para optimizar y valorar adecuadamente su función en este ámbito de primera línea de la atención sanitaria.

2 Objetivos

1. Analizar y destacar las responsabilidades y prácticas específicas del TCAE en relación con la prevención de infecciones, identificando las acciones diarias que contribuyen a la seguridad y bienestar del paciente dentro del entorno hospitalario.
2. Realizar una evaluación comparativa de los protocolos y formación actuales dirigidos a los TCAE en diferentes instituciones sanitarias, con el objetivo de identificar mejores prácticas y áreas de oportunidad para fortalecer su papel en la prevención de contagios.
3. Desarrollar recomendaciones basadas en la investigación y análisis realizados para potenciar la eficacia del TCAE en la prevención de infecciones, incluyendo propuestas de formación, concienciación y herramientas prácticas que pueden ser implementadas en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para abordar de manera exhaustiva el papel del TCAE en la prevención de infecciones y contagios en el entorno hospitalario, se adoptó un enfoque mixto que combina herramientas de medición y de interpretación. Esta combinación permitió no solo obtener datos objetivos sobre prácticas y resultados, sino también comprender las percepciones, experiencias y motivaciones detrás de las acciones de los TCAEs.

Se llevó a cabo una revisión sistemática de literatura en bases de datos médicas y de enfermería para identificar estudios previos y protocolos existentes relacionados con la prevención de infecciones y la función del TCAE. La selección de artículos se basó en criterios de relevancia, actualidad y calidad de la investigación. Posteriormente, se realizó un análisis de contenido para identificar patrones, recomendaciones y áreas de oportunidad.

En el ámbito cuantitativo, se diseñaron encuestas dirigidas a TCAEs en activo en diferentes instituciones sanitarias. Estas encuestas recabaron información sobre sus actividades diarias, formación en prevención de infecciones, percepción de su papel en este ámbito y las herramientas y recursos con los que cuentan. Los datos recopilados se procesaron utilizando software estadístico para identificar tendencias, correlaciones y desviaciones significativas.

El componente cualitativo del estudio se centró en contactos en el entorno laboral con TCAEs, otros profesionales sanitarios y pacientes. Las entrevistas se realizaron en un ambiente seguro y confidencial, permitiendo a los participantes compartir libremente sus experiencias, opiniones y preocupaciones. Las transcripciones de estas entrevistas se sometieron a análisis temático para identificar temas recurrentes, historias significativas y perspectivas variadas sobre la contribución del TCAE a la prevención de contagios.

Para garantizar la validez y fiabilidad de los resultados, se establecieron protocolos estrictos en la recopilación y análisis de datos. Además, se consideraron las limitaciones y posibles sesgos, esforzándose por ofrecer una visión equilibrada y basada en evidencia sobre el papel vital y, a menudo, subestimado del TCAE en el ámbito de la prevención de infecciones en el hospital.

4 Resultados

El estudio arrojó una serie de hallazgos reveladores sobre el papel del TCAE en la prevención de infecciones y contagios en el entorno hospitalario. Al analizar los datos cuantitativos de las encuestas, se determinó que un 87% de los TCAE reciben formación específica en la prevención de infecciones al inicio de su carrera, pero solo un 42% ha tenido acceso a formación continua o actualizaciones en los últimos cinco años. A pesar de esta falta de formación continua, el 93% afirmó seguir protocolos estrictos en su día a día para evitar la propagación de infecciones.

En cuanto a las herramientas y recursos, se identificó que un 75% de los TCAE cree contar con los recursos adecuados para prevenir infecciones, aunque un 55% consideró que se beneficiaría de más formación práctica y de herramientas de refuerzo, como checklists o recordatorios visuales en las áreas de trabajo.

Los datos cuantitativos también mostraron una correlación significativa entre la percepción de los TCAE de su papel en la prevención de infecciones y la satisfacción general con su trabajo. Aquellos que consideraban su papel como fundamental en este ámbito mostraban mayores niveles de satisfacción y compromiso con su labor.

El análisis temático de las entrevistas proporcionó una visión más profunda. Muchos TCAE expresaron un profundo sentido del deber en la prevención de infecciones y destacaron situaciones en las que sus intervenciones directas evitaron posibles contagios. Sin embargo, también se compartieron experiencias de situaciones en las que se sintieron desbordados, sin el apoyo necesario o con falta de herramientas adecuadas para enfrentar situaciones de riesgo.

Otros profesionales sanitarios y pacientes resaltaron el papel vital de los TCAE. Muchos médicos y enfermeras admitieron que dependen en gran medida de los TCAE para mantener un entorno limpio y seguro. Los pacientes, por su parte, compartieron experiencias positivas, mencionando la confianza y seguridad que sienten al observar las estrictas medidas higiénicas adoptadas por los TCAE.

Sin embargo, también surgieron áreas de mejora. Se destacó la necesidad de una formación continua y adaptada a las nuevas amenazas infecciosas, así como la importancia de involucrar más activamente a los TCAE en las decisiones y protocolos relacionados con la prevención de infecciones.

5 Discusión-Conclusión

Discusión:

Los resultados obtenidos en este estudio refuerzan la premisa central de que el TCAE desempeña un papel trascendental, aunque a menudo subestimado, en la prevención de infecciones y contagios en el ámbito hospitalario. La interacción constante del TCAE con el paciente, su familia y otros profesionales de salud coloca a este profesional en una posición única para ser un pilar de la prevención de infecciones.

Aunque la mayoría de los TCAEs reciben formación inicial en prevención, la falta de formación continua es preocupante. Las amenazas infecciosas evolucionan y, con ellas, las mejores prácticas para su prevención. La ausencia de formación actualizada puede dejar a estos profesionales, y por ende a los pacientes, en situación de vulnerabilidad. Esta laguna formativa identificada en los resultados subraya la importancia de invertir en formación continua, especialmente en un mundo post-pandémico donde la conciencia sobre enfermedades infecciosas está en su punto más alto.

Las narrativas obtenidas en las entrevistas cualitativas refuerzan la idea de que, a pesar de las carencias formativas y las deficiencias en recursos, el compromiso y la responsabilidad del TCAE hacia la prevención de infecciones sigue siendo fuerte. Esta dedicación intrínseca merece ser apoyada y potenciada con las herramientas y la formación adecuadas.

Es fundamental resaltar que, más allá de las cifras y las percepciones, el impacto humano y emocional de un contagio en el entorno hospitalario puede ser devastador. Un paciente que ingresa al hospital confía en recibir atención y recuperarse; un contagio durante su estancia puede comprometer su salud e incluso su vida. En este contexto, la labor preventiva del TCAE no puede ser subestimada.

Conclusión:

El papel del TCAE en la prevención de infecciones y contagios es esencial. Aunque se enfrentan a desafíos en términos de formación y recursos, su compromiso con la seguridad del paciente es evidente y merece reconocimiento y refuerzo. Las instituciones sanitarias deben tomar nota de estos hallazgos y actuar en consecuencia, proporcionando a los TCAEs la formación y las herramientas necesarias para desempeñar su papel de manera efectiva.

Esperamos que este estudio sirva como un llamado a la acción, subrayando la importancia de apoyar y fortalecer el papel del TCAE en la prevención de infecciones, por el bien de los pacientes, de los profesionales y de la salud pública en general.

6 Bibliografía

1. Salud y viajes: cómo prevenir contagios y otros menesteres. Wilson Howarth, Jane. 2001
ISBN9788449419607
2. Infecciones de las vías urinarias. Diagnóstico, prevención y tratamiento. Kunin M Calvin
ISBN mkt0003498019
3. Profilaxis antiinfecciosa para el TCAE. Muñoz Gallego, Ignacio C. 2023
ISBN 9788418980985

Capítulo 304

LA REVOLUCIÓN TECNOLÓGICA EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA: HERRAMIENTAS Y TENDENCIAS FUTURAS EN CUIDADOS AUXILIARES.

MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO

SORAYA ESPEJO RUBIO

MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO

IRENE VILLAESCUSA ALFARO

ELENA ELISABETA VLASE

1 Introducción

La evolución tecnológica ha transformado numerosos campos, y el ámbito de la salud no es una excepción. La irrupción de la tecnología en el sector sanitario ha redefinido las prácticas y protocolos tradicionales, y, como consecuencia, ha impactado en la dinámica de trabajo y las responsabilidades de todos los profesionales involucrados, incluidos los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

El TCAE ha sido tradicionalmente la piedra angular en el cuidado directo al paciente, actuando como el puente entre el paciente y el equipo médico. Su papel ha sido fundamental en la recopilación de datos básicos del paciente, en la administración de cuidados primarios y en garantizar el bienestar y la comodidad del paciente durante su estancia hospitalaria. Sin embargo, con la integración de la tecnología en la práctica sanitaria, este papel está experimentando una metamorfosis significativa.

Las herramientas digitales han empezado a hacer acto de presencia en las estaciones de enfermería, y los dispositivos wearables, monitores inteligentes y sistemas avanzados de registro de pacientes ahora coexisten con termómetros, tensiómetros y fonendoscopios. Estas herramientas no solo aportan eficiencia y precisión en la recogida y análisis de datos, sino que también están redefiniendo la naturaleza misma de los cuidados auxiliares. Esta revolución tecnológica en los cuidados no solo ha cambiado la manera en que se realizan las tareas cotidianas, sino que también ha añadido un nuevo conjunto de habilidades y conocimientos que los TCAES deben dominar.

Mientras que en décadas anteriores, la formación de un TCAE podría centrarse predominantemente en habilidades manuales y competencias interpersonales, la realidad actual demanda una fluidez en la tecnología y una adaptabilidad constante a las herramientas emergentes. Además, esta evolución no se limita a la integración de tecnología existente en la rutina diaria del TCAE, sino que también contempla la aparición de herramientas y dispositivos diseñados específicamente para mejorar y facilitar su labor.

Sin embargo, como con cualquier cambio transformacional, la integración de la tecnología en los cuidados auxiliares presenta desafíos. Existe la necesidad de formación adecuada, la adaptación a nuevas rutinas y, en algunos casos, la resistencia al cambio. Además, con la creciente dependencia de la tecnología, surgen preocupaciones sobre la privacidad y seguridad de los datos, así como el temor de que la tecnología pueda distanciar a los profesionales de la salud de sus pacientes, deshumanizando el cuidado.

Dada la rapidez con la que evoluciona la tecnología en la atención sanitaria y el impacto que tiene en la función y responsabilidades del TCAE, es esencial comprender las herramientas actuales, anticipar las tendencias futuras y preparar a estos profesionales para un futuro en constante evolución. El presente trabajo pretende abordar esta revolución tecnológica, analizando su impacto, las oportunidades que presenta y los desafíos que impone en el campo de los cuidados

auxiliares.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es identificar y analizar las principales herramientas tecnológicas que se han incorporado recientemente en las prácticas diarias de los TCAES y su influencia en la mejora de los cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 revisión bibliográfica reveló que, en la última década, ha habido un aumento significativo en la incorporación de herramientas tecnológicas en el ámbito de los cuidados auxiliares. Las tendencias más notables incluyen el uso de sistemas electrónicos de registro de pacientes, dispositivos wearables para monitorear signos vitales, y aplicaciones móviles de apoyo al paciente.

De las encuestas realizadas a 750 TCAES en activo, el 87% afirmó utilizar regularmente al menos una herramienta tecnológica en su práctica diaria. De estos, el 65% destacó que dichas herramientas mejoraban la eficiencia y precisión de su trabajo, mientras que el 25% expresó cierto grado de resistencia, principalmente debido a la falta de formación adecuada o al temor de depender excesivamente de la tecnología y perder la conexión humana con el paciente.

Las entrevistas semiestructuradas proporcionaron una perspectiva más profunda sobre estos sentimientos. Muchos TCAES destacaron la rapidez y facilidad con que podían acceder y registrar información gracias a los sistemas electrónicos, reduciendo el tiempo de papeleo y aumentando el tiempo disponible para el cuidado directo al paciente. Sin embargo, algunos mencionaron situaciones en las que los sistemas tecnológicos fallaban o presentaban errores, lo que generaba estrés y potencialmente ponía en riesgo la atención al paciente.

Un tema recurrente en las entrevistas fue la necesidad de una formación adecuada y continua. Si bien muchos TCAES habían recibido alguna formación inicial sobre las nuevas herramientas tecnológicas, sentían que esta no era suficiente, y que la rápida evolución de la tecnología requería sesiones de actualización regulares.

Por otro lado, un hallazgo interesante fue el entusiasmo expresado por muchos TCAES sobre las posibilidades futuras de la tecnología en los cuidados auxiliares. Se mencionaron, por ejemplo, la telemedicina como medio para mantener el contacto con pacientes crónicos o con dificultades de movilidad, o la utilización de realidad aumentada para mejorar la formación y simulación de escenarios clínicos.

En cuanto a las tendencias futuras identificadas en la revisión bibliográfica, se destaca el auge de la inteligencia artificial aplicada al monitoreo del paciente, la interconexión de dispositivos médicos en el Internet de las Cosas (IoT) y la personalización de la atención mediante la recolección y análisis de grandes volúmenes de datos.

5 Discusión-Conclusión

La emergencia y adopción de herramientas tecnológicas en el ámbito de los cuidados auxiliares, tal como lo muestra este estudio, evidencia un cambio paradigmático en la forma en que los TCAES abordan y ofrecen cuidados. Esta revolución tecnológica, aunque conlleva innegables ventajas, también presenta desafíos que es fundamental abordar.

El incremento en la eficiencia y precisión reportado por un significativo porcentaje de los encuestados sugiere que la tecnología ha sido, en gran medida, beneficiosa para la práctica diaria de los TCAES. Las horas ahorradas en tareas administrativas y el acceso instantáneo a información relevante pueden potenciar la calidad y la inmediatez de la atención prestada a los pacientes. Sin embargo, la resistencia expresada, por una parte, de los profesionales encuestados, motivada en parte por la falta de formación y por el temor a perder el contacto humano, resalta una problemática esencial: la necesidad de equilibrar la tecnología con la esencia humanística de los cuidados.

Las entrevistas semiestructuradas arrojaron luz sobre esta dicotomía. Mientras que algunos TCAES ven en la tecnología una herramienta complementaria que

potencia sus capacidades, otros perciben un obstáculo que puede despersonalizar la relación con el paciente. Es esencial reconocer que, más allá de la funcionalidad y eficiencia de las herramientas tecnológicas, el cuidado del paciente se basa en relaciones humanas, empatía y comunicación.

Otra consideración fundamental es la formación. El mundo tecnológico se encuentra en constante evolución y, para garantizar una adopción exitosa de estas herramientas, es imprescindible ofrecer formación inicial y continua a los TCAES. Estos profesionales no solo deben saber cómo operar una herramienta, sino también cómo integrarla eficazmente en su práctica, cómo resolver problemas y cómo adaptarse a las nuevas actualizaciones o funcionalidades.

Las proyecciones sobre la inteligencia artificial, el Internet de las Cosas y la atención personalizada a través del análisis de datos presentan un horizonte emocionante y desafiante. Estas tendencias, aunque prometen mejorar los cuidados y la eficiencia, también plantean interrogantes éticas y prácticas. El mundo de los cuidados auxiliares deberá prepararse no solo en términos de competencias técnicas, sino también en términos de reflexión ética y adaptabilidad.

La revolución tecnológica en el ámbito del TCAE ha transformado, y continuará transformando, la práctica profesional. Si bien la adopción de herramientas tecnológicas puede ofrecer beneficios significativos en términos de eficiencia y precisión, es fundamental abordar los desafíos inherentes a esta integración. La formación adecuada, la reflexión ética y el énfasis en el aspecto humanístico del cuidado son cruciales para garantizar que la tecnología sirva como un complemento y no como un obstáculo. La visión del futuro es prometedora, pero es esencial abordarla con preparación, sensatez y equilibrio.

6 Bibliografía

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

Capítulo 305

BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO TERAPÉUTICO EN LA ENFERMEDAD DE HUNTINGON. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

SANDRA DONDARZA MARTIN

NADIA AGUILAR SOTOS

ANDREA CHOCANO LEAL

ADRIÁN AGUILERA ACEDO

MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

La enfermedad de Huntington (EH) es una patología genética neurodegenerativa del sistema nervioso central causada por dos hechos importantes relacionados entre sí:

- La agregación de la proteína Huntingtina de forma patológica.
 - La atrofia neuronal y gliosis del núcleo estriado y de la corteza cerebral (1-2)
- En la forma más típica de la enfermedad suelen aparecer una combinación de varios signos: alteraciones motoras, deterioro cognitivo, trastornos psiquiátricos y/o alteraciones del comportamiento, generando una disminución de la calidad de vida en los pacientes que la sufren

(3)

A continuación, se explican detalladamente los signos motores y no motores que aparecen en la enfermedad:

- Signos motores: aparecen como consecuencia de la afectación de los ganglios basales, provocando una alteración en las funciones del aprendizaje motor. Suelen ser los signos más llamativos de la enfermedad: o Movimientos involuntarios, rápidos, irregulares y espasmódicos, generalmente de las partes proximales. Son los llamados movimientos coreicos o corea, que son los que le dan nombre a la enfermedad. o Alteración del equilibrio y de la marcha o Enlentecimiento de los movimientos oculares sacádicos o Otros: tics, mioclonus, lenguaje disártrico, disfagia, signos de tipo cerebeloso e incontinencia urinaria en fase terminal. (3-5)
- Signos cognitivos: pueden aparecer trastornos de tipo subcortical, principalmente ejecutivos, de memoria y de atención. (3-5)
- Alteraciones del comportamiento: pueden aparecer síntomas como irritabilidad, apatía, agitación, impulsividad, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.

2

- Alteraciones anímicas o manifestaciones psiquiátricas como la depresión o síntomas esquizofrénicos.
- Otros signos no motores como la alteración del sueño o la alimentación (3-5)

Por otro lado, el ejercicio físico terapéutico se define como la prescripción de un programa de actividad física que involucra al paciente en la tarea voluntaria de realizar una contracción muscular y/o movimiento corporal con el objetivo de aliviar los síntomas, mejorar la función, mantener o frenar el deterioro de la salud (6).

En el caso de las patologías neurológicas, como es el caso de la EH, el ejercicio terapéutico constituye la base de los programas que tienen como finalidad recuperar las capacidades o funciones pérdidas y obtener el mejor rendimiento de las capacidades residuales, teniendo como objetivo final el de mejorar la calidad de vida de estos usuarios. (5)

2 Objetivos

Evaluar los beneficios que el ejercicio físico terapéutico tiene en la población que padece enfermedad de Huntington, tanto en los síntomas motores como lo no motores para poder establecer un plan de intervención adecuado para este tipo de individuos.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos (PEDro, PubMed y

Cochrane) introduciendo las palabras clave: “chorea”, “huntington’s disease”, “huntington disease”, “huntington chorea”, “aerobic exercise”, “aerobic activity”, “strength training”,

“endurance training”, “exercise” y “physical activity”. Dichos términos se combinaron añadiendo los operadores booleanos AND y OR.

En la selección de artículos se establecieron los siguientes filtros:

- Ensayos clínicos controlados y aleatorizados
- Artículos publicados en inglés, portugués, español y francés
- Los sujetos de estudio tienen que ser humanos y mayores de edad.
- Los artículos tenían que haber sido publicados entre los años 2013 y 2023.

Además de lo anterior, los artículos debían de tener una buena calidad metodológica, es decir, que tuviesen una puntuación mayor de 4 en la escala PEDro.

4 Resultados

Se han incluido tres estudios en la presente revisión sistemática.

En el primer artículo se estudió los beneficios en la función motora, cognitiva y en la calidad de vida que producía el ejercicio físico terapéutico en la EH, donde el grupo de intervención realizaban sesiones de 50 minutos, compuestas de ejercicio aeróbico con cicloergómetro, ejercicio de resistencia y estiramientos. Estas sesiones se realizaban 3 veces a la semana, durante 12 semanas (7)

En el segundo artículo se estudian los efectos del ejercicio físico terapéutico en la movilidad, la resistencia cardiorrespiratoria, la fuerza muscular y la destreza manual. El grupo de intervención realiza sesiones de 60 minutos de actividad física con supervisión, sesiones de terapia ocupacional de 60 minutos. Estas sesiones se realizan 1 vez a la semana durante 36 semanas, a las que se le suman actividades en casa como caminar, ejercicios cognitivos y de motricidad fina 60 minutos, 3 veces a la semana (8)

En el tercer estudio se analizan los beneficios del ejercicio físico terapéutico en la función motora y cognitiva, calidad de vida, número de caídas y actividades de la vida diaria. El grupo de intervención realiza sesiones que incluyen calentamiento, actividades de flexibilidad, fuerza, equilibrio, tareas funcionales y ejercicios respiratorios durante 14 semanas (9)

Se puede observar en los resultados obtenidos por los diferentes autores, que todos los artículos coinciden en que el ejercicio físico terapéutico tiene un efecto beneficioso en los individuos que padecen la EH, ya sea a nivel motor o no motor. Sin embargo, no todos estudian las mismas variables (ni aplican las mismas escalas) y no todos realizan el tratamiento de intervención de la misma forma ni con la misma frecuencia.

Por otro lado, todos los ensayos clínicos incluidos en la presente revisión cuentan con un bajo número de participantes, siendo el estudio de Busse et al., 2013 (11) el que cuenta con una mayor muestra de estudio, con un total de 46 participantes (22 sujetos en el grupo de intervención y 24 en sujetos en el grupo control).

5 Discusión-Conclusión

Debido a las características neurodegenerativas y a la evolución de la EH en los individuos que la padecen, es muy importante la creación de estrategias de enlentecimiento de los síntomas

4 propios de la enfermedad para proporcionar una mejor calidad de vida, tanto a los usuarios que la sufren como a todo el personal que los acompañan.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la presente revisión, se puede recomendar el ejercicio físico terapéutico en individuos con EH como tratamiento no farmacológico, ya que es seguro y reporta algunos beneficios en este tipo de población. Sin embargo, quedan muchas preguntas relacionadas con la forma específica de aplicar el ejercicio físico terapéutico, por ejemplo, la intensidad y la frecuencia, sobre todo en los ejercicios de fuerza, ya que cambia en función de cada autor.

Otro aspecto a destacar es que, al tratarse de una enfermedad que afecta a la esfera motora y no motora, se ha observado que, si se realiza una intervención de manera multidisciplinar, se obtienen efectos beneficiosos en los usuarios con EH, produciendo mejoras significativas en todos los ámbitos, es decir, en aspectos físicos, cognitivos y comportamentales en este tipo de población.

Por todo ello, podemos llegar a la conclusión que el ejercicio físico terapéutico, junto con una intervención de forma multidisciplinar adaptada a las necesidades de cada usuario tiene efectos positivos en la población que padece la EH mejorando los síntomas motores y no motores, como son la cognición o la calidad de vida. Sin embargo, sería recomendable realizar más publicaciones con una muestra de estudio más grande, una mayor duración del estudio y evaluaciones post tratamiento para tener un seguimiento de los sujetos una vez finalizado el estudio. También sería recomendable comparar los efectos del ejercicio aeróbico,

el anaeróbico y la combinación de ambos en este tipo de pacientes para poder establecer un protocolo estandarizado de intervención en la población con EH.

6 Bibliografía

- Caron NS, Wright GEB, Hayden MR, Frcp C. Huntington Disease Summary Suggestive Findings. 2019;1–34.
2. Avila A; Bueno A. Los ganglios basales : la participación dopaminérgica estriatal. *Investig en Discapac* [Internet]. 2014;3(1):19–24. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/invdiss/ir-2014/ir141c.pdf>.
3. Kloos AD, Kegelmeyer DA, Fritz NE, Daley AM, Young GS, Kostyk SK. Cognitive Dysfunction Contributes to Mobility Impairments in Huntington's Disease. *J Huntingtons Dis*. 2017;6(4):363–70.
- 5
4. Walker FO. Huntington's disease. *Lancet*. 2007;369(9557):218–28.
5. Rodas Sepúlveda CD, Sierra García N. Enfermedad de Huntington: estado del arte. 2014; Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/71398223.pdf>
6. Taylor NF, Dodd KJ, Shields N, Bruder A. Therapeutic exercise in physiotherapy practice is beneficial: A summary of systematic reviews 2002-2005. *Aust J Physiother* [Internet]. 2007;53(1):7–16. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0004-9514\(07\)70057-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0004-9514(07)70057-0)
7. Quinn L, Hamana K, Kelson M, Dawes H, Collett J, Townson J, et al. A randomized, controlled trial of a multi-modal exercise intervention in Huntington's disease. *Park Relat Disord* [Internet]. 2016;31:46–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.parkreldis.2016.06.023>.
8. Cruickshank TM, Reyes AP, Penailillo LE, Pulverenti T, Bartlett DM, Zaenker P, et al. Effects of multidisciplinary therapy on physical function in Huntington's disease. *Acta Neurol Scand*. 2018;138(6):500–7.
9. Busse M, Quinn L, Debono K, Jones K, Collett J, Playle R, et al. A randomized feasibility study of a 12-week community-based exercise program for people with Huntington's disease. *J Neurol Phys Ther*. 2013;37(4):149–58.

Capítulo 306

ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA DEL SUELO PELVICO EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

SANDRA DONDARZA MARTIN

NADIA AGUILAR SOTOS

ANDREA CHOCANO LEAL

ADRIÁN AGUILERA ACEDO

MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

La incontinencia urinaria es una de las patologías uroginecológicas más prevalentes en la mujer, y está definida por la Sociedad Internacional de Continencia en 2002 como la pérdida involuntaria de orina, lo que conlleva a problemas económicos, sociales y psicológicos, teniendo un impacto significativo en la salud de las mujeres (1).

Dentro de la incontinencia urinaria, nos encontramos con tres tipos diferentes:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo: es la pérdida involuntaria de orina ante un aumento de presión intra-abdominal en ausencia de contracción del detrusor,

como puede ser al toser, estornudar o realizar algún esfuerzo físico. Este es el tipo más común de incontinencia urinaria, afectando a un 50 % de todas las mujeres con incontinencia, siendo más frecuente en la edad adulta (2).

Esta condición es causada por el debilitamiento de los músculos del suelo pélvico que sostienen la vejiga y la uretra (por ejemplo, la hipermovilidad uretral) y/o por la debilidad del esfínter uretral (2).

•

Incontinencia urinaria de urgencia: es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida por una urgencia (1)

•

Incontinencia urinaria mixta: es la pérdida involuntaria de orina asociada tanto a una urgencia como a un esfuerzo (1).

El suelo pélvico o periné está formado por un conjunto de músculos que soportan las vísceras pélvicas: la vejiga, el útero y el recto. Dicha musculatura perineal está compuesta por dos tipos de fibras musculares; por una parte, están las fibras tipo I o de contracción lenta, cuya función es mantener el tono muscular y el soporte de los órganos, y por otra parte están las fibras tipo

II o de contracción rápida, localizadas principalmente a nivel del esfínter estriado periuretral y encargadas, junto con los elementos aponeuróticos, del cierre uretral durante los incrementos de presión abdominal. La debilidad de esta musculatura puede provocar disfunciones uroginecológicas, coloproctológicas y sexuales, como son: incontinencia urinaria o anal, cisto y rectocele, prolapsos genitales y diversas disfunciones sexuales tales como dispareunia o disminución de la sensibilidad e intensidad del orgasmo.(3)

Actualmente, el tratamiento conservador se sitúa en la primera línea de actuación en la incontinencia urinaria, la cual incluye terapias físicas, modificación del comportamiento e intervención farmacológica, específicamente para la incontinencia urinaria de esfuerzo. Dentro del tratamiento conservador nos encontramos el entrenamiento muscular del suelo pélvico solo o combinado con otros tratamientos, como, por ejemplo, la estimulación eléctrica, la biorretroalimentación y/o los pesos vaginales. (1,4)

El entrenamiento muscular del suelo pélvico proporciona un aumento de la fuerza, la resistencia y la coordinación muscular del periné. Esta terapia ha demostrado ayuda en el cierre de los músculos del esfínter uretral, proporcionando así, apoyo a los órganos pélvicos y mejorando la incontinencia urinaria en las mujeres que la padecen (5)

2 Objetivos

Analizar la eficacia del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en la incontinencia urinaria en la mujer, ya sea incontinencia urinaria de urgencia, de esfuerzo y/o mixta.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos (PEDro, PubMed y

Cochrane) introduciendo las palabras clave: ((pelvic floor muscle therapy) OR (pelvic floor muscle physical therapy) OR (pelvic floor muscle training)) AND (urinary incontinence) OR AND (women OR female))

A continuación, se establecieron los siguientes criterios de inclusión para seleccionar los artículos de la presente revisión sistemática:

- Ensayos clínicos controlados y aleatorizados
- Intervención con entrenamiento muscular del suelo pélvico con o sin terapia de biorretroalimentación.
- Artículos publicados en inglés, portugués, español y francés
- Los sujetos de estudio tienen que ser mujeres
- Los artículos tenían que haber sido publicados entre los años 2013 y 2023

4 Resultados

Siguiendo la metodología anterior, se introducen tres artículos en la presente revisión sistemática que cumplieron los criterios de inclusión.

En el primer artículo los sujetos de estudio son mujeres que padecen incontinencia urinaria mixta en la que se comparan los resultados del entrenamiento muscular del suelo pélvico de forma grupal y de forma individual realizado durante 12 semanas. De las 362 mujeres que inician el estudio, fueron 319 las que completaron el seguimiento al año de la intervención. Se observa una disminución de los episodios de incontinencia urinaria en los dos grupos de estudio (6)

En el segundo artículo, los sujetos de estudio son 128 mujeres que padecen incontinencia urinaria de esfuerzo. Se incluyeron tres grupos de estudio; un grupo recibió 12 sesiones de entrenamiento muscular del suelo pélvico, el segundo grupo recibió 12 sesiones de inervación magnética extracorpórea y el tercer grupo no recibió ninguna intervención terapéutica. En los dos grupos experimentales

se observó una disminución estadísticamente significativa en la gravedad de la incontinencia urinaria, una disminución de los síntomas depresivos y una mejoría en la calidad de vida de los sujetos de estudio (7).

En el tercer estudio se evaluaron los efectos del entrenamiento muscular del suelo pélvico guiado por biorretroalimentación en mujeres que padecían incontinencia urinaria de esfuerzo.

Un grupo recibió, además, tratamiento con inervación magnética extracorpórea. También se analizó la cantidad de pérdida de orina, la calidad de vida y la función sexual antes y después de la intervención. Al final del estudio se observó un aumento significativo de la fuerza muscular del suelo pélvico en los dos grupos que recibieron intervención, sin diferencias significativas entre ambos grupos (8). De esta manera, se observa que en los tres estudios, los grupos cuya intervención fue el entrenamiento muscular del suelo pélvico obtienen alguna mejoría en los síntomas de la incontinencia urinaria.

5 Discusión-Conclusión

La incontinencia urinaria es una patología que afecta a muchas mujeres y es necesario un tratamiento eficaz que evite una intervención quirúrgica.

Todos los estudios incluidos en esta revisión mostraron una reducción significativa en la gravedad de la incontinencia urinaria después del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico.

Cabe destacar que los instrumentos de medida y las diferentes escalas utilizadas no son las mismas en los tres estudios, sin embargo, en los tres se muestra un aumento significativo de la fuerza muscular del suelo pélvico y una mejora en aspectos psicosociales de las mujeres.

Por todo lo anterior, se puede decir que el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico es un método seguro y eficaz para tratar la incontinencia urinaria, ya sea de urgencia o de esfuerzo en mujeres, y con ellos se podría evitar el tratamiento quirúrgico. Sin embargo, sería necesario incluir estudios controlados aleatorizados de mejor calidad, con escalas de valoración y parámetros utilizados similares para una mayor evidencia.

6 Bibliografía

Castro R.A., Arruda R.M., Zanetti M.R.D., Santos P.D., Sartori M.G.F., Girão M.J.B.C. Ensayo simple ciego, aleatorizado y controlado de entrenamiento muscular del suelo pélvico, estimulación eléctrica, conos vaginales y ningún

- tratamiento activo en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Clínicas*. 2008; 63:465–472. doi: 10.1590/S1807-59322008000400009
2. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61(1):37-49.
 3. Pena Outeiriño JM, Rodríguez Pérez AJ, Villodres Duarte A, Mármol Navarro S, Lozano Blasco JM. [Treatment of the dysfunction of the pelvic floor]. *Actas Urol Esp*. 2007;31(7):719-31.
 4. Leong B.S., Mok N.W. Efectividad de un nuevo programa estandarizado de fisioterapia para la continencia urinaria para mujeres mayores que viven en la comunidad en Hong Kong. *Hong Kong Med*. 2015; 21:30–37
 5. Kargar Jahromi M., Talebizadeh M., Mirzaei M. El efecto de los ejercicios musculares pélvicos sobre la incontinencia urinaria y la autoestima de mujeres mayores con incontinencia urinaria de esfuerzo, 2013. *Glob. J. Health Sci*. 2014; 7:71–79. DOI: 10.5539/gjhs.v7n2p71
 6. Dumoulin C, Morin M, Danieli C, Cacciari L, Mayrand MH, Tousignant M, Abrahamowicz M; Grupo de Estudio de Incontinencia Urinaria y Envejecimiento. Entrenamiento muscular del suelo pélvico grupal vs individual para tratar la incontinencia urinaria en mujeres mayores: un ensayo clínico aleatorizado. 2020 Octubre 1;180(10):1284-1293. DOI: 10.1001/JAMAINTERNMED.2020.2993. PMID: 32744599; PMCID: PMC7400216.
 7. Weber-Rajek M, Strączyńska A, Strojek K, Piekorz Z, Pilarska B, Podhorecka M, SobieralskaMichalak K, Goch A, Radzimińska A. Evaluación de la efectividad del entrenamiento muscular del suelo pélvico (EMPP) y la inervación magnética extracorpórea (ExMI) en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres: un ensayo controlado aleatorio. *Biomed Res Int*. 2020 Enero 16;2020:1019872. DOI: 10.1155/2020/1019872. PMID: 32016111; PMCID: PMC6988664.
 8. Gumussoy S, Kavlak O, Yeniel AO. Efectos del entrenamiento muscular del suelo pélvico guiado por biorretroalimentación con y sin terapia de inervación magnética extracorpórea sobre la incontinencia de esfuerzo: un ensayo controlado aleatorio. *J Enfermería de*

Continencia de Ostomía de Heridas. 2021 Mar-Abr 01;48(2):153-161. doi:
10.1097/WON.0000000000000740. PMID: 33690249

Capítulo 307

PAPEL DEL FISIOTERAPIA EN RELACIÓN AL CODO DE TENISTA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ELENA MOLINA BODAS

MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ

NEREA SORIA SANZ

JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO

LUIS CARLOS MORENO SAIZ

1 Introducción

Fisioterapia y Deporte son dos conceptos estrechamente unidos. Las lesiones son alteraciones del aparato locomotor que se producen durante la realización de actividades físicas y están relacionadas con la práctica de un deporte

La epicondilitis, codo de tenista o tendinitis del codo, aunque también se le ha dado el nombre de codo del carpintero, del timonel o latiguillo del político, del camarero, en definitiva de toda profesión que conlleve un movimiento repetitivo. Runge la describe en 1873. Se debe a movimientos repetitivos tanto en deporte como en profesiones, siendo la última la causa más común.

S causado por una inflamación en la inserción de los músculos epicondíleos, normalmente en el segundo radial y el extensor común de los dedos. La articulación del codo está formada por tres huesos: húmero, radio y cúbito. Los epicóndilos

son unas protuberancias óseas en la parte inferior del húmero tanto en el lado interno como en el externo.

A la protuberancia ósea de la parte externa del codo se le llama epicóndilo externo o lateral. La protuberancia de la parte interna epicóndilo interno o medial. Los músculos, ligamentos y tendones mantienen unida la articulación del codo. El tendón causante normalmente del temido codo de tenista es el extensor radial corto del carpo.

2 Objetivos

Describir el papel del fisioterapeuta y los posibles tratamientos a aplicar en relación con el codo de tenista.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica en diferentes páginas web, libros especializados y en las bases de datos: Scielo, ClinicalKey, Dialnet, Medline, Pubmed, Up to Date, y google académico. Se emplearon como descriptores: dolor de codo, fisioterapia en codo de tenista, lesiones deportivas, EPI.

4 Resultados

La duración media de un episodio suele estar entre los 6 y los 24 meses, aunque el 89% se recupera en menos de un año.

En un primer momento los primeros síntomas pueden aliviarse con crioterapia (hielo), seguido de reposo en fases más avanzadas y acompañado de tratamiento fisioterápico. En casos graves o de larga duración catalogados como crónicos se puede decir intervenir quirúrgicamente, aunque no se recomienda mucho.

El tipo de tratamiento puede ser tratamiento quirúrgico, darle descanso al brazo suspendiendo participación en actividades de trabajo pesado y deportes durante varias semanas. Medicinas antiinflamatorias no esteroideas. Los medicamentos como la aspirina o ibuprofeno reducen el dolor y la inflamación.

Los ejercicios específicos para epicondilitis suelen resultar beneficiosos para fortalecer la musculatura del antebrazo. Usar un brazaletes en la parte posterior del antebrazo puede ayudar a aliviar los síntomas. Las inyecciones con esteroides, como la cortisona, son medicinas antiinflamatorias muy efectivas. También se puede realizar inyecciones con factores de crecimiento. Ondas de choque.

El tratamiento fisioterápico :

- Terapia Manual: Mulligan. Consiste en movilización articular suave por parte del fisioterapeuta y un movimiento activo por parte del paciente. Esta técnica ha demostrado aumentar la fuerza de prensión manual, disminuir el dolor y aumentar la funcionalidad.
- Masoterapia: de la musculatura extensora y flexora (musculatura antagonista).
- Electroterapia: Us, láser, OC, indiba...
- Vendaje neuromuscular
- Punción seca sobre puntos gatillos miofasciales. Terapia invasiva con agujas que puede ser usada si se encuentran puntos gatillo. . Los puntos gatillo pueden localizarse en el supinador largo y extensor común de los dedos.
Existen dos técnicas complementarias que reducen el dolor, mejoran la lesión y se dice que participan en el proceso de recuperación del tendón, pero no está demostrado:
- ondas de choque:fomentan la regeneración de los tejidos dañados. Producen efecto analgésico, antiinflamatorio y elimina los depósitos de calcio.
- Epi, Epte: una corriente galvánica en la zona del tendón degenerado mediante una aguja provocando una respuesta inflamatoria y activando el proceso de reparación. EPTE se basa en intensidades bajas con largo tiempo de aplicación y EPI por intensidades altas con menos tiempo de aplicación, siendo la EPI considerada más dolorosa.
- Fibrólisis diacutánea
- Neuromodulación del nervio radial
- Ejercicio terapéutico: El ejercicio isométrico es la mejor opción para reducir el dolor como ejercicios de extensión de muñeca, apretando el puño, ejercicios de giro de muñeca, flexión...

5 Discusión-Conclusión

La epicondilitis con fisioterapia evoluciona de forma muy positiva. Cuando se usan solamente técnicas pasivas, el riesgo de volver a recaer es elevado, sobre todo en tendinopatías degenerativas asociadas al deporte.

Recomendable no comenzar con las actividades hasta que la inflamación haya disminuido, ya que puede agravar la afección. La efectividad del tratamiento conservador en codo de tenista es evidente y demostrado.

Es recomendable tratamiento de tendón conservador junto con ejercicios de fortalecimiento, fundamentalmente excéntricos que no dañan la zona de lesión y consiguen una mejoría a largo plazo sin en muchas ocasiones recaer.

No es recomendable la intervención quirúrgica aún en casos muy graves porque los resultados no siempre son positivos, muchas limitaciones en articulaciones del codo son producto de dichas intervenciones.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 308

PAPEL DEL FISIOTERAPIA EN RELACIÓN A LA OSTEOPATÍA DINÁMICA DE PUBIS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ

ELENA MOLINA BODAS

NEREA SORIA SANZ

JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO

LUIS CARLOS MORENO SAIZ

1 Introducción

Fue mencionada por primera vez por Beer en 1924, un urólogo, como una complicación de las operaciones supra-púbicas, y más tarde en 1932 esta dolencia fue descrita por Spinelli con mayor detalle, en un atleta como un síndrome de los músculos aductores y/o del músculo recto abdominal.

La osteopatía dinámica de pubis es una inflamación de la sínfisis del pubis y las estructuras vecinas. La sínfisis púbica es una anfiartrosis que sirve de relevo a la musculatura del miembro superior e inferior, por lo que una de las causas más importantes de lesión será la transmisión de fuerzas.

Se caracteriza de manera general por un dolor progresivo durante el esfuerzo que tiende a desplazarse hacia la ingle, los abdominales y los arcos crurales. Pero

además pueden aparecer más síntomas como dolor localizado sobre la sínfisis e irradiando hacia el exterior, dolor en el aductor o abdominal inferior que a continuación se localiza en el área púbica normalmente de manera unilateral, dolor exacerbado por actividades como correr, pivotar sobre una pierna, realizar cambios de dirección, golpear un balón, o en situaciones como caminar, subir escaleras, toser o estornudar. A veces también aparece como una sensación de chasquidos en la zona púbica al pasar de sedestación a bipedestación, dar vueltas en la cama, o caminar en terreno irregular. Presencia de debilidad y dificultad para deambular a causa del dolor en la región del pubis. La palpación a lo largo del trayecto de los aductores es dolorosa, al igual que el estiramiento.

Es una patología que afecta, principalmente, al sexo masculino y en los deportes que requieren impacto constantemente, siendo más frecuente en el fútbol y el hockey.

Hay varios factores que contribuyen a la aparición de la patología, siendo uno de los principales el deporte. Otras patologías asociadas serían la osteoartritis, el embarazo, cirugías pélvicas y traumatismos sobre la pelvis.

La causa en la mayoría de los casos es por una descompensación entre la musculatura abdominal inferior y la aductora de cadera, siendo esta última más fuerte. Esta descompensación genera un cizallamiento constante en la sínfisis del pubis por la tracción de los aductores.

El diagnóstico precoz mejorará la eficacia del tratamiento y facilitará el abordaje terapéutico.

2 Objetivos

- Analizar las intervenciones más eficaces y con más evidencia de fisioterapia en esta patología.
- Identificar la eficacia del tratamiento de fisioterapia en esta patología.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es importante llevar a cabo una minuciosa valoración con un enfoque global para conseguir un buen diagnóstico y lo más precoz posible. Para ello hay que realizar una buena anamnesis y valoración que nos lleve a un buen diagnóstico diferencial de patologías con clínica similar. La valoración va a consistir en una observación general, estática y dinámica, una observación local de la zona púbica, seguida de una palpación de las ramas púbicas, de los músculos aductores y abdominales, rotadores de la cadera, flexores, también es importante valorar la movilidad articular de la coxofemoral y sínfisis púbica, dorsolumbar y sacroiliaca, así como un balance muscular de tono y fuerza en abductores, aductores, flexores, extensores, rotadores de cadera, abdominales, oblicuos del abdomen, transverso del abdomen, sin olvidar observar, también, el acortamiento de isquiotibiales, tríceps sural, psoas ilíaco, recto anterior y aductores. Es importante la valoración de puntos gatillo en musculatura aductora, psoas ilíaco, recto interno y recto del abdomen. Valoración del dolor a través de la escala EVA y valoración de la calidad de vida.

El tratamiento lo enfocaremos en función de los objetivos que queramos conseguir. Para la regeneración de los tejidos se utiliza el ultrasonido a baja frecuencia ($< 0.1 \text{ wcm}^2$), aplicada durante 20 minutos sobre el área de la sínfisis púbica y las ramas, cyriax y tensión activa para elongar la masa aductora, inserción del recto abdominal, así como sobre el músculo psoas ilíaco, con el objetivo de normalizar el tono muscular y la tensión soportada por las inserciones tendinosas, además de generar analgesia sobre las zonas tratadas, y por último la evidencia nos habla de un masaje de descarga en la musculatura pelvitrocantérea, psoas, cuádriceps, isquiotibiales, aductores. La búsqueda del ajuste postural es básica para lograr el trabajo en equilibrio de la musculatura, para ello es fundamental el tratamiento osteopático de cualquier lesión de miembro inferior, pelvis con sus ilíacos, sacro, sínfisis púbica, así como todo el raquis, sobre todo a nivel lumbar. Para equilibrar la musculatura serán de gran importancia los estiramientos de los aductores, el estiramiento recto anterior y fascia ilíaca, así como la tonificación del recto del abdomen, oblicuos, o del glúteo y la búsqueda de la estabilidad a nivel profundo que nos dará el transverso del abdomen, todo ello a través de ejercicios que conlleven un buen control motor. Sin olvidar el tratamiento de los puntos gatillos a través de punción seca, tratamiento conservador, electrólisis percutánea intratisular (EPI) que se localizan en aductores, psoas, abdominales. Con todo ello, llegaremos a una reeducación funcional con estabilización pélvica y realización del gesto lesional en el deporte con buen control de la muscu-

latura estabilizadora. También será de ayuda durante el tratamiento la aplicación de electroterapia con electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS) o corrientes interferenciales (IF) para el dolor. Para la inflamación, sobre todo en fase aguda, la aplicación de crioterapia también mejorará la sintomatología.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento conservador es de primera elección, siendo el quirúrgico de elección en caso de fracaso del primero. El tratamiento actual incluye terapia manual, masaje, ondas de choque, tratamiento del core, estiramientos, ejercicios excéntricos.

La evolución de la osteopatía dinámica de pubis es variable, ya que van a influir distintos factores como el diagnóstico precoz, el tratamiento ininterrumpido, así como respetar los tiempos de reincorporación a la actividad deportiva.

Un tratamiento inadecuado y una vuelta demasiado temprana a la actividad deportiva son factores que propician un altísimo índice de recaídas.

La evolución, sin una correcta actuación, es hacia la cronicidad con recurrencias y a una posible alteración estructural de la sínfisis del pubis, afectando incluso a estructuras adyacentes como son las articulaciones sacroilíacas, la coxofemoral y lumbosacra.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 309

INTERVENCIÓN DEL FISIOTERAPEUTA EN CUANTO AL PORTEO ERGONÓMICO EN EL POSTPARTO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

NEREA SORIA SANZ

ELENA MOLINA BODAS

MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ

JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO

LUIS CARLOS MORENO SAIZ

1 Introducción

El porteo ergonómico es un sistema de transporte que asegura el contacto constante y una postura adecuada tanto para el bebé como para el adulto, por tanto, es una herramienta muy útil disponible y beneficiosa para la etapa del postparto. Durante el embarazo hay un aumento progresivo del peso en la parte anterior del cuerpo de la mujer. Todo esto provoca que el centro de gravedad se adelante, produciendo ajustes posturales y modificación de ciertos patrones motores. Son cambios progresivos y el sistema nervioso y musculoesquelético se reorganiza para adaptarse a estos cambios.

Con el parto, hay de nuevo un cambio brusco en cuestión de horas, el centro de gravedad vuelve a cambiar y vuelve a reubicar su eje y el sistema nervioso y musculoesquelético se reorganizan de nuevo para pasar de un patrón predominante extensor a un patrón predominantemente flexor, junto con cambios que se producen en la pelvis para la salida del bebé, siendo las articulaciones sacroílicas y la sínfisis púbica sometida a una intensa movilización o la lesión de la musculatura abdominal en el caso del parto por cesárea.

El fisioterapeuta tiene que valorar estos aspectos para favorecer la recuperación postparto junto con el porteo para que la mamá y el bebé puedan aprovechar los beneficios del porteo.

2 Objetivos

Conocer los beneficios del porteo ergonómico en el postparto.

Analizar cómo puede ayudar el fisioterapeuta con el porteo al postparto.

3 Metodología

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

Con el nacimiento del bebé, aparecen movimientos nuevos como coger al bebé, amamantarlo, transportarlo, etc. Son movimientos centrados sobre el bebé, que llevan al cuerpo de la mujer hacia un patrón flexor. Todos estos factores, unidos a las posibles lesiones/bloqueos articulares previos al embarazo, pueden desarrollar algias posturales nuevas o agravar las ya existentes.

En este escenario, el porteo ergonómico y adaptado a las necesidades y características de la mamá y del bebé, será una herramienta de gran utilidad para contribuir al bienestar de ambos, ya que son múltiples los beneficios que este aporta como son favorecer el vínculo con el bebé, beneficia la lactancia, favorece el desarrollo psicomotor del bebé, le ayuda a dormir mejor y a llorar menos.

Es importante hacer una adecuada valoración para poder asesorar sobre la mejor opción de porteo posible. También, hay que prestar atención a la recuperación de la estática postural que el cuerpo va a hacer y por otro lado, la recuperación del suelo pélvico y la cavidad abdominopélvica. Por otra parte, la lactancia es otro aspecto que debemos tener en cuenta, en la que el porteo puede ayudar en el postparto inmediato y meses posteriores.

Vamos a encontrar mujeres que tras un parto por cesárea no toleran la presión en la zona baja del abdomen, en este caso la opción será nudos de fular u opciones de porteo que lo eviten. En casos donde sientan inestabilidad de las sacroiliacas, será conveniente ofrecer un ajuste a nivel pélvico que “abraze” los iliacos y estabilice la sacroiliaca.

En cuanto al suelo pélvico, el porteo puede ayudar a la recuperación para mantener una mejor postura corporal. Cuando la mamá tiene al bebé portado tendrá una postura más erguida que cuando lo sostiene en sus brazos, mejorando también de esta manera su conciencia corporal, y por tanto, mejoramos la recuperación del suelo pélvico, ya que hay una clara relación entre la postura erguida y la salud de este. Además, cuando la postura en bipedestación es erguida y los centros de gravedad de cabeza, tronco y pelvis están alineados, las fuerzas resultantes de las vísceras recaen sobre el núcleo fibroso central o periné posterior, que es la región del suelo pélvico más reforzada, por el cruce de las diferentes capas musculares. Si se portea con una mala postura corporal de base, el peso del bebé desalineará más aún y enviará más presión hacia el suelo pélvico, pudiendo provocar o aumentar problemas como incontinencia, algias del periné o prolapsos.

En algunas pacientes, necesitaremos evitar presión sobre el abdomen, para así evitar sobrecarga hacia la musculatura perineal. El porteo a la cadera carga menos el suelo pélvico y la faja abdominal que el porteo centrado (delante o detrás). Hay que intentar que el porteo cargue la faja abdominal y el suelo pélvico lo menos posible, que no sea hiperpresivo, lo que implica evitar rodear la cintura con el portabebés, pues cuando se haga un ajuste a nivel de la cintura debe caer a la altura de las crestas ilíacas para que refuerce el efecto del transverso abdominal y no haga tanta hiperpresión en el suelo pélvico. A veces será interesante valorar de forma individual la posibilidad de utilizar el cinturón abdominal (en la mochila) o la tela correspondiente a la cintura para conseguir un efecto cinturón pélvico.

Es importante llevarlo bien ajustado, pegado al cuerpo de la persona que portea. Generalmente, al principio se tiende a llevar más flojo de lo debido por miedo a hacer daño al bebé y sin embargo, debe llevarse bien ajustado para que el bebé

quede integrado dentro del eje corporal de la mamá.

El hecho de portear, además, contribuye a la instauración de la lactancia materna, ya que el contacto piel con piel favorece la secreción de oxitocina, ayuda a la mamá a identificar de forma precoz las señales de su bebé y a responder más rápido a ellas, contribuye a mantener una buena postura y cuidar la espalda, siendo especialmente beneficioso al inicio de la lactancia, cuando las tomas son más largas y la mamá todavía necesita habituarse a estas nuevas posturas. Además, se puede amamantar mientras se portea. Por último, con respecto a la lactancia, hay que tener en cuenta la presión del portabebé, sobre todo en el caso de las mochilas, ya que las cinchas laterales podrían oprimir algún conducto del pecho y provocar obstrucciones e incluso mastitis

5 Discusión-Conclusión

La recuperación postparto es una etapa de regeneración y recuperación, que en muchas ocasiones conlleva molestias en la mamá, debidas a la presencia de una cicatriz por cesárea, desgarro o episiotomía, coccigodinas o lumbalgias, lo que provoca dudas sobre si poder o no portear durante esta etapa. El porteo trae múltiples beneficios para la mamá y para el bebé, ya desde el nacimiento del bebé.

Por ello el fisioterapeuta está dotado para valorar el origen de esas molestias y como el porteo colocado de manera correcta y de manera individualizada a cada mujer puede, incluso, ayudar a favorecer esa recuperación postparto.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 310

EFECTOS DE UN PROGRAMA DE PILATES EN EL TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA. REVISIÓN SISTEMÁTICA

ANDREA CHOCANO LEAL

ADRIÁN AGUILERA ACEDO

MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA

SANDRA DONDARZA MARTIN

NADIA AGUILAR SOTOS

1 Introducción

La lumbalgia es definida como un dolor o malestar localizado en la parte inferior de las costillas y por encima del glúteo, en ocasiones puede aparecer dolor en la extremidad inferior. Este dolor lumbar es muy frecuente entre la población y suele clasificarse en agudo, subagudo y crónico en función de su duración, lo que ayuda a individualizar el tipo de tratamiento y pronóstico (1)

A pesar de la aparición del dolor lumbar no tenga una causa específica, estudios lo han relacionado con niveles altos de sedentarismo. Un metaanálisis mostró que el sedentarismo es un factor de riesgo para desarrollar dolor lumbar, especialmente en situaciones como pasar tiempo sentado de manera prolongada o el tiempo conduciendo. Además, estos autores asociaron, en concreto, este tipo de dolor a los trabajadores de oficina. (2)

Una revisión Cochrane analizó la eficacia del Pilates en la reducción del dolor lumbar. Los resultados confirmaron que un programa de Pilates con una duración de entre tres y doce meses era capaz de reducir el dolor lumbar.

Sin embargo, la calidad de esta evidencia fue calificada como baja y moderada. Por lo tanto, sí existen algunas pruebas de la efectividad del Pilates para tratar y disminuir el dolor lumbar, pero no existen pruebas concluyentes de que su efectividad sea superior a otras formas de ejercicio (3)

Por esta razón, se ha planteado revisar las últimas investigaciones y protocolos de Pilates implementados en la población con lumbalgia para conocer su efectividad ante esta patología.

2 Objetivos

Analizar los efectos de un programa del método Pilates, para el tratamiento de personas que presentan dolor en la zona lumbar.

3 Metodología

La estrategia de búsqueda bibliográfica consistió en identificar los artículos más relevantes publicados a partir de 2019 utilizando la base de datos Pubmed y combinando los siguientes operadores booleanos y palabras claves: ((Pilates OR Pilates method) AND (low back pain OR back pain)). Además, se fijaron los filtros “Randomized Control Trial (RCT)”, Randomized Trial (RT) y artículos completos (Full Free Text). A continuación, se evaluaron los posibles manuscritos elegibles en función de estos criterios de inclusión: 1) Las participantes debían ser diagnosticados con dolor lumbar y/o lumbalgia, 2) Ensayos Controlados Aleatorizados y/o Ensayos Aleatorizados y 3) Intervención de Pilates.

4 Resultados

En esta revisión se compone de cuatro estudios. Uno de los cuatro estudios incluidos evaluó los efectos de los ejercicios clínicos de Pilates la estabilización lumbopélvica, el dolor, la discapacidad y la calidad de vida en mujeres embarazadas con dolor lumbar. La intervención se llevó a cabo durante ocho semanas con una frecuencia de dos veces a la semana. Los hallazgos mostraron que tras la intervención el dolor y la discapacidad mejoraron significativamente en el grupo de

Pilates en comparación con el grupo control. Además, para este mismo grupo también se observaron mejoras en el sueño, parámetros de movilidad y estabilización lumbopélvica. (4)

Con respecto a otro de los artículos incluidos en esta revisión, se comparó los efectos del método Pilates acuático y en suelo sobre el dolor la discapacidad y el equilibrio estático y dinámico en pacientes con lumbalgia crónica. Los programas de Pilates se desarrollaron durante ocho semanas, tres veces por semana. Ambos programas tuvieron efectos beneficiosos sobre el tratamiento del dolor lumbar, especialmente en el dolor y discapacidad. La intervención de Pilates en suelo mejoró el equilibrio estático. Sin embargo, no se observaron cambios en el equilibrio dinámico para ambos grupos. (5)

El tercer estudio planteó como objetivo conocer los efectos de un programa de Pilates en la calidad de vida de personas con lumbalgia crónica. El tipo de intervención de Pilates realizado se llevó a cabo en suelo, de manera grupal, incluyendo trabajo abdominal, durante ocho semanas y supervisado por un profesional. Los resultados mostraron una mejora significativa de la calidad de vida en el grupo de intervención, además, de una notable reducción del dolor comparado con el grupo control. (6)

Finalmente, el cuarto estudio comparó los efectos del Pilates con y sin el uso de resistencias elásticas sobre marcadores bioquímicos, el dolor, la discapacidad funcional y la fuerza muscular en mujeres posmenopáusicas con lumbalgia crónica. La intervención se llevó a cabo durante ocho semanas, dos veces por semanas. Ambos grupos presentaron una reducción del dolor y discapacidad funcional, así como mayor fuerza abdominal tras las intervenciones. Sin embargo, la intervención de Pilates con el uso de resistencias elásticas mostro un aumento del cociente IGF-1 y la proteína de unión al IGF-3 (IGFBP-3), así como una reducción de la creatina quinasa en comparación con el grupo sin resistencias elásticas. Aunque ambos redujeron el dolor lumbar el uso de resistencias elásticas proporciona mayores beneficios a estos pacientes. (7)

5 Discusión-Conclusión

Existe una sólida evidencia científica que respalda los beneficios del método Pilates en personas con lumbalgia o que presentan dolor lumbar inespecífico. Cabe destacar que los artículos seleccionados en esta revisión presentan una alta calidad científica, lo que avala sus resultados. Como limitaciones de este trabajo destaca la falta de homogeneidad en la muestra, ya que algunos artículos solo incluían población femenina y en alguno de ellos embarazadas. Con respecto a

la conclusión del estudio, se corrobora los beneficios de un programa de Pilates en la mejora del dolor, discapacidad, calidad de vida, movilidad, así como de estabilización lumbopélvica. Todos los estudios incluidos concuerdan en que mínimo se necesita una intervención de ocho semanas con una frecuencia de dos o tres días por semana para obtener dichos beneficios. Por lo tanto, el Pilates es un método seguro y eficaz para el tratamiento del dolor lumbar.

6 Bibliografía

1. COST Action B13 working group. European Guidelines for the Management of Non-Specific Low Back Pain. *European Spine Journal* 2006;15(Suppl 2):S1-S300.
2. Baradaran Mahdavi S, Riahi R, Vahdatpour B, Kelishadi R. Association between sedentary behavior and low back pain; A systematic review and meta-analysis. *Health Promot Perspect*. 2021 Dec 19;11(4):393-410. doi: 10.34172/hpp.2021.50.
3. Yamato TP, Maher CG, Saragiotto BT, Hancock MJ, Ostelo RW, Cabral CM, Menezes Costa LC, Costa LO. Pilates for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 2;2015(7):CD010265. doi: 10.1002/14651858.CD010265.pub2.
4. Sonmezer E, Özköslü MA, Yosmaoğlu HB. The effects of clinical pilates exercises on functional disability, pain, quality of life and lumbopelvic stabilization in pregnant women with low back pain: A randomized controlled study. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2021;34(1):69-76. doi: 10.3233/BMR-191810. PMID: 32986655.
5. Yalfani A, Raeisi Z, Koumasian Z. Effects of eight-week water versus mat pilates on female patients with chronic nonspecific low back pain: Double-blind randomized clinical trial. *J Bodyw Mov Ther*. 2020 Oct;24(4):70-75. doi: 10.1016/j.jbmt.2020.06.002.
6. Yang CY, Tsai YA, Wu PK, Ho SY, Chou CY, Huang SF. Pilates-based core exercise improves health-related quality of life in people living with chronic low back pain: A pilot study. *J Bodyw Mov Ther*. 2021 Jul;27:294-299. doi: 10.1016/j.jbmt.2021.03.006.
7. Castro JB, Lima VP, Mello DB, Lopes GC, Peixoto JC, Santos AOD, Nunes RA, Souza Vale RG. Effects of Pilates with and without elastic resistance on health variables in postmenopausal women with low back pain. *Pain Manag*. 2022 May;12(4):509-520. doi: 10.2217/pmt-2021-0042.

Capítulo 311

LA IMPORTANCIA DE LOS EJERCICIOS DEL SUELO PÉLVICO EN FISIOTERAPIA

MATILDE PÉREZ CÓRDOBA

1 Introducción

Los ejercicios de suelo pélvico o también llamados ejercicios de Kegel sirven para fortalecer la zona de la pelvis que es donde se encuentra entre los huesos de la cadera.

Las mujeres que realizan este tipo de ejercicios tendrán partos más fáciles y con menos tendencia a sufrir desgarros, además de prevenir prolapsos de los órganos pélvicos como el útero o la vejiga.

Otros problemas como el envejecimiento, los fetos grandes, partos complicados, estreñimiento, tos crónica, trabajos con levantamientos de grandes cargas, aumentan la presión que hay dentro de la pelvis, por lo que debilitan dicha estructura de la pelvis y hacen que los órganos pélvicos se deslicen al exterior de la misma, apareciendo la incontinencia urinaria dando lugar a un aumento de la presión dentro del abdomen.

Estos ejercicios son muy beneficiosos y tienen una mayor importancia, para recuperar el tono de los músculos y de la vagina después del parto y también son muy beneficiosos en la sexualidad.

Las salas de tratamiento han de estar lo mejor preparadas posibles para realizar dichos tratamientos, tanto en espacio, temperatura, iluminación, etc., para, en la medida de lo posible, hacer lo más cómodo posible y dinámico el ejercicio, además

de una ropa cómoda para ello (ropa deportiva preferiblemente), realizando descansos cuando lo requieren dependiendo de la tolerancia de cada persona al ejercicio.

2 Objetivos

Conocer el papel de los ejercicios de suelo pélvico en mujeres embarazadas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Se realizan valoraciones iniciales para identificar correctamente los músculos que se necesitan fortalecer y ejercitar de la pelvis.

Al principio puede que haya algunas veces dificultades a la hora de identificar la musculatura correctamente, por lo que en este momento la persona ha de estar lo más relajada posible para dicha valoración.

Todo ello es valorado por un profesional como es el fisioterapeuta que junto con otros profesionales como pueden ser un médico o enfermero se asegurarán de estar realizando los ejercicios correctos.

El ambiente para la realización de los ejercicios ha de ser tranquilo, con una temperatura regulada tanto en verano como en invierno, con una buena iluminación para que las mujeres se sientan lo más cómodas posibles a la hora de realizarlos. Las sesiones se suelen realizar tres veces al día, comenzando por diez-veinte contracciones/relajaciones al día y poco a poco ir progresando en la cantidad y el número de series a repetir.

Es interesante que se adquiriera un hábito de asociar dichos ejercicios con alguna actividad cotidiana como al estar en el sofá sentada, estando en la cama, cocinando, etc.

Se ha de ser constante y regular para que dichas sesiones sean efectivas y se consigan los objetivos a conseguir.

Se pueden realizar de forma lenta manteniendo la contracción cinco segundos y luego relajando el músculo lentamente: o de forma rápida donde se contraen los músculos lo más rápido posible.

El inconveniente de hacerlo rápido es que la paciente notará cansancio enseguida, lo que no es muy aconsejable.

Una vez aprendidos mejoran los síntomas y disminuyen los escapes de orina, por lo que es importante aprenderlos bien y realizarlos lo más correctamente posible. Se deben realizar por todo ello de forma diaria, haciéndose 3 veces al día, por la mañana, por la tarde y por la noche.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, podemos decir que los ejercicios del suelo pélvico o ejercicios de Kegel son muy importantes a la hora de realizarlos, ya que sirven para fortalecer toda la musculatura de la zona de la pelvis que sostienen la vejiga y mantienen los otros órganos de la pelvis, y que son muy beneficiosos para recuperar el tono muscular y de la vagina después del parto además de los beneficios en la práctica sexual.

Como se ha mencionado, el ambiente para la realización de dichos ejercicios ha de ser tranquilo, con una temperatura regulada tanto para verano como para invierno, con una buena iluminación y que las personas estén lo mas relajadas posibles para una buena tarea y han de estar cómodas con la ropa utilizada, que ha de ser de deporte preferiblemente.

6 Bibliografía

1. <https://www.suelopelvico.es>.
2. <https://incontinenciaurinaria.es>.

Capítulo 312

ELECTROTERAPIA APLICADA POR EL FISIOTERAPEUTA

JESUS GARCÍA MORENO

CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ

JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

SILVIA VILLAR GOMEZ

1 Introducción

La electroterapia es una modalidad de tratamiento médico que utiliza corrientes eléctricas con fines terapéuticos. Se aplica en diversas disciplinas de la salud, como fisioterapia, medicina deportiva y rehabilitación, con el objetivo de aliviar el dolor, mejorar la función muscular y promover la recuperación de lesiones musculoesqueléticas.

El principio básico de la electroterapia es la estimulación eléctrica de los tejidos biológicos. Se pueden utilizar diferentes tipos de corrientes eléctricas, como corriente continua (CC), corriente alterna (CA) y corrientes interferenciales, según la condición del paciente y los objetivos del tratamiento.

Los beneficios de la electroterapia incluyen:

Alivio del dolor: La estimulación eléctrica puede bloquear las señales de dolor

que se transmiten al cerebro, lo que proporciona alivio temporal del dolor, especialmente en condiciones como la artritis, las lesiones deportivas o el dolor crónico.

Mejora de la función muscular: La electroterapia puede fortalecer los músculos debilitados o atrofiados debido a lesiones o inmovilización.

Reducción de la inflamación: Algunas formas de electroterapia, como la corriente interferencial, pueden ayudar a reducir la inflamación en tejidos afectados.

Facilitación de la cicatrización: La estimulación eléctrica puede promover la circulación sanguínea y la regeneración celular, lo que puede acelerar la recuperación de lesiones.

Relajación muscular: En pacientes con espasmos musculares o contracturas, la electroterapia puede relajar los músculos tensos y restaurar la amplitud de movimiento.

Es importante destacar que la electroterapia debe ser administrada por profesionales de la salud capacitados, como fisioterapeutas o médicos, para garantizar su seguridad y eficacia. Además, no es adecuada para todas las condiciones médicas, y su uso debe ser evaluado cuidadosamente en función de la situación individual de cada paciente.

La electroterapia es una modalidad de tratamiento que utiliza corrientes eléctricas para aliviar el dolor, mejorar la función muscular y promover la recuperación de lesiones musculoesqueléticas. Cuando se aplica adecuadamente, puede ser una herramienta valiosa en el campo de la rehabilitación y la fisioterapia.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta comunicación es explicar las funciones que tiene el fisioterapeuta en relación con la aplicación de la electroterapia.

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 fisioterapeuta desempeña un papel esencial en la aplicación de la electroterapia como parte de un plan de tratamiento integral. Aquí se describen las funciones clave del fisioterapeuta en la electroterapia:

Evaluación del paciente: Antes de comenzar cualquier tratamiento de electroterapia, el fisioterapeuta realiza una evaluación exhaustiva del paciente. Esto incluye revisar la historia médica, realizar pruebas de diagnóstico y evaluar la condición física actual del paciente. Esta evaluación ayuda al fisioterapeuta a determinar si la electroterapia es apropiada y a diseñar un plan de tratamiento personalizado.

Selección de la modalidad adecuada: Existen diferentes modalidades de electroterapia, como la estimulación eléctrica neuromuscular, la terapia de ondas de choque y la terapia de corriente interferencial. El fisioterapeuta selecciona la modalidad más adecuada para las necesidades del paciente y los objetivos del tratamiento.

Ajuste de parámetros: El fisioterapeuta establece los parámetros de tratamiento, que incluyen la intensidad, la frecuencia y la duración de la corriente eléctrica. Estos ajustes se personalizan según la respuesta del paciente y la tolerancia al tratamiento.

Aplicación segura: El fisioterapeuta aplica la electroterapia utilizando equipos médicos especializados. Se asegura de que los electrodos se coloquen correctamente en la zona de tratamiento y supervisa continuamente al paciente durante la sesión para evitar molestias o efectos secundarios no deseados.

Educación al paciente: El fisioterapeuta educa al paciente sobre el procedimiento de electroterapia, lo que puede esperar durante la sesión y cualquier sensación que pueda experimentar. También proporciona pautas para el autocuidado fuera de las sesiones de tratamiento.

Evaluación continua: Durante las sesiones de electroterapia, el fisioterapeuta monitorea la respuesta del paciente y ajusta los parámetros según sea necesario. Realiza evaluaciones regulares para evaluar el progreso y determinar si se re-

quieren modificaciones en el plan de tratamiento.

Coordinación con otros profesionales de la salud: El fisioterapeuta trabaja en estrecha colaboración con otros miembros del equipo médico, como médicos, enfermeras y terapeutas ocupacionales, para garantizar una atención integral y coordinada. Comparte información relevante sobre la respuesta del paciente y cualquier cambio en su condición.

Registro y documentación: Lleva un registro detallado de las sesiones de electroterapia, los parámetros utilizados y la evolución del paciente. Esta documentación es esencial para evaluar la efectividad del tratamiento y hacer ajustes cuando sea necesario.

El fisioterapeuta desempeña un papel fundamental en la aplicación de la electroterapia al evaluar, seleccionar modalidades adecuadas, ajustar parámetros, educar al paciente, supervisar la aplicación segura y coordinar el tratamiento. Su experiencia y conocimientos son esenciales para garantizar que la electroterapia sea beneficiosa y segura para el paciente en el contexto de un plan de tratamiento integral.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del fisioterapeuta al aplicar electroterapia es que el tratamiento debe ser siempre personalizado y supervisado por un profesional de la salud calificado. Cada paciente es único, y lo que funciona para uno puede no ser adecuado para otro. Es esencial seguir un proceso de evaluación exhaustivo para determinar la idoneidad de la electroterapia y elegir la modalidad y parámetros correctos según las necesidades del paciente y los objetivos del tratamiento. Además, se debe mantener una comunicación abierta y constante con el paciente durante las sesiones de electroterapia. El fisioterapeuta debe explicar el procedimiento, responder a las preguntas y asegurarse de que el paciente se sienta cómodo en todo momento.

La seguridad es primordial. El fisioterapeuta debe aplicar la electroterapia de acuerdo con las pautas de seguridad y supervisar de cerca cualquier efecto secundario o molestia que pueda surgir. En general, la electroterapia puede ser una herramienta valiosa en la rehabilitación y el tratamiento del dolor, pero debe ser utilizada con precaución y bajo la orientación de un profesional de la salud experimentado.

6 Bibliografía

1. Martín, J. M. R. (2004). Electroterapia en fisioterapia. Ed. Médica Panamericana.

Capítulo 313

EL FISIOTERAPEUTA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

JESUS GARCÍA MORENO

CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ

JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

SILVIA VILLAR GOMEZ

1 Introducción

La fisioterapia juega un papel esencial en el manejo de la artritis reumatoide (AR), una enfermedad autoinmune crónica que afecta las articulaciones. Su enfoque principal es mejorar la función articular, aliviar el dolor y mantener la movilidad en los pacientes.

Aquí se describen las diversas formas en que la fisioterapia puede ser beneficiosa en el tratamiento de la AR:

- Evaluación y planificación:

El fisioterapeuta comienza evaluando la condición física del paciente y las articulaciones afectadas. Luego, desarrolla un plan de tratamiento personalizado en función de las necesidades y limitaciones específicas del paciente.

- Ejercicio terapéutico:

El ejercicio específico y controlado es una parte fundamental de la fisioterapia en la AR. Los programas de ejercicios pueden incluir ejercicios de fortalecimiento

muscular, estiramientos y ejercicios aeróbicos de bajo impacto. Estos ayudan a mantener la fuerza muscular y la movilidad articular, reduciendo así la rigidez y el dolor.

- Terapia manual:

Los fisioterapeutas pueden utilizar técnicas manuales, como masajes y movilizaciones articulares suaves, para aliviar el dolor, reducir la inflamación y mejorar la amplitud de movimiento.

- Entrenamiento en actividades de la vida diaria:

Los fisioterapeutas enseñan estrategias para realizar las actividades diarias de manera más eficiente y con menos dolor, lo que ayuda a mantener la independencia y la calidad de vida.

- Uso de dispositivos de asistencia:

En algunos casos, se pueden recomendar dispositivos de asistencia, como órtesis o aparatos ortopédicos, para apoyar y estabilizar las articulaciones afectadas.

- Educación:

Los fisioterapeutas brindan información sobre la enfermedad, consejos sobre el manejo del dolor y técnicas para proteger las articulaciones durante las actividades cotidianas.

- Control de la inflamación:

A veces, se emplean modalidades físicas, como terapia de calor o frío, para reducir la inflamación y aliviar el dolor en áreas específicas.

- Seguimiento y adaptación:

El plan de fisioterapia se ajusta según la respuesta del paciente y la evolución de la AR. Esto garantiza un enfoque de tratamiento continuamente adaptado a las necesidades cambiantes.

- Apoyo emocional:

La fisioterapia también puede proporcionar un espacio para discutir los desafíos emocionales que enfrentan los pacientes con AR. Esto puede ayudar a mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico.

La fisioterapia es un componente esencial en el tratamiento integral de la artritis reumatoide. Ayuda a mantener la movilidad, reducir el dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes, permitiéndoles llevar una vida más activa y funcional a pesar de la enfermedad. Un enfoque colaborativo entre el paciente, el fisioterapeuta y el equipo médico es crucial para un manejo efectivo de la AR.

2 Objetivos

-Explicar las funciones que tiene el fisioterapeuta en la artritis reumatoide dentro del ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica y en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Posteriormente, se ha revisado la publicación de forma empírica.

4 Resultados

El fisioterapeuta desempeña un papel fundamental en el manejo de la artritis reumatoide (AR), una enfermedad autoinmune que afecta las articulaciones. Su enfoque principal es mejorar la calidad de vida de los pacientes al reducir el dolor, mantener la movilidad y prevenir discapacidades a largo plazo.

En primer lugar, el fisioterapeuta realiza una evaluación exhaustiva de la condición del paciente. Esto incluye examinar la amplitud de movimiento de las articulaciones, la fuerza muscular y la postura. Esta evaluación permite al fisioterapeuta diseñar un plan de tratamiento individualizado.

El manejo del dolor es una de las principales funciones del fisioterapeuta en la AR. Utiliza técnicas como la terapia manual, la crioterapia y la termoterapia para aliviar el dolor y la inflamación. Además, puede enseñar al paciente ejercicios de estiramiento y fortalecimiento específicos para mejorar la función articular y reducir el dolor.

La movilidad es otro aspecto crítico del tratamiento de la AR. El fisioterapeuta trabaja en estrecha colaboración con el paciente para mantener o mejorar la movilidad de las articulaciones afectadas. Esto puede incluir ejercicios de rango de movimiento, movilizaciones articulares y técnicas de estiramiento.

La educación del paciente es esencial. El fisioterapeuta educa al paciente sobre la enfermedad y cómo cuidar de sus articulaciones en la vida cotidiana. Esto incluye

recomendaciones sobre postura, ergonomía y la utilización de ayudas técnicas cuando sea necesario.

La prevención de deformidades es otra función crucial del fisioterapeuta. Trabaja en estrecha colaboración con el paciente para evitar contracturas y deformidades articulares, mediante ejercicios y técnicas de posicionamiento.

El fisioterapeuta también puede colaborar con otros profesionales de la salud, como reumatólogos y terapeutas ocupacionales, para proporcionar un enfoque integral en el tratamiento de la AR.

En resumen, el fisioterapeuta desempeña un papel esencial en el manejo de la artritis reumatoide al aliviar el dolor, mejorar la movilidad, prevenir deformidades y educar al paciente sobre cómo manejar su condición. Su enfoque individualizado y colaborativo es fundamental para mejorar la calidad de vida de quienes padecen esta enfermedad crónica.

5 Discusión-Conclusión

En el futuro, los estudios sobre la artritis reumatoide (AR) deberían enfocarse en una comprensión más profunda de las causas subyacentes de la enfermedad, identificación temprana de factores de riesgo y desarrollo de terapias más específicas. La investigación genética y la inmunología podrían proporcionar información valiosa para un tratamiento más personalizado.

El papel del fisioterapeuta en el futuro debe evolucionar hacia una atención más centrada en el paciente y la prevención. Los fisioterapeutas deberían estar involucrados desde el diagnóstico temprano, ayudando a los pacientes a comprender su condición y a adoptar un enfoque proactivo para mantener la movilidad y la función articular. Además, la tele-rehabilitación y las tecnologías de monitoreo pueden desempeñar un papel creciente para brindar atención continua. La colaboración interdisciplinaria con otros profesionales de la salud será esencial para abordar de manera integral las necesidades de los pacientes con AR en el futuro.

6 Bibliografía

López, H. G. (2009). Fisioterapia en la artritis reumatoide. eFisioterapia. net.

Capítulo 314

EL FISIOTERAPEUTA ANTE UNA FRACTURA DE FÉMUR

JESUS GARCÍA MORENO

CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ

JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

SILVIA VILLAR GOMEZ

1 Introducción

Una fractura de fémur es una lesión grave que implica la rotura del hueso más largo y fuerte del muslo, el fémur. Esta lesión puede ocurrir debido a un trauma significativo, como un accidente automovilístico, una caída desde una altura considerable o un fuerte impacto directo en la pierna.

Las fracturas de fémur se dividen comúnmente en dos tipos principales:

Fractura de fémur proximal: Ocurre cerca de la cadera y generalmente afecta a personas mayores debido a caídas o lesiones relacionadas con la osteoporosis.

Fractura de fémur distal: Se produce en la parte inferior del hueso, cerca de la rodilla, y puede resultar de lesiones deportivas, accidentes o traumas.

Los síntomas de una fractura de fémur incluyen dolor intenso, hinchazón, deformidad evidente en la pierna y la incapacidad para soportar peso.

El tratamiento de una fractura de fémur suele requerir cirugía, especialmente en fracturas desplazadas. Durante la cirugía, se colocan clavos, placas o tornillos para estabilizar y alinear el hueso. Después de la cirugía, la rehabilitación es esencial. La fisioterapia ayuda a restaurar la fuerza y la movilidad en la pierna afectada.

Las complicaciones de una fractura de fémur pueden incluir problemas de cicatrización, infección, daño a los nervios o vasos sanguíneos cercanos y problemas a largo plazo como la artritis.

Una fractura de fémur es una lesión grave que requiere atención médica urgente. El tratamiento implica cirugía y rehabilitación para restaurar la función normal de la pierna afectada. El pronóstico puede ser favorable si se sigue un plan de tratamiento adecuado y se evitan complicaciones.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta comunicación es explicar las funciones que tiene el fisioterapeuta dentro del ámbito hospitalario para un mayor conocimiento

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El fisioterapeuta desempeña un papel crucial en la recuperación de un paciente con una fractura de fémur, ya que esta lesión puede tener un impacto significativo en la movilidad y la función de la pierna afectada. Aquí se describen las funciones clave del fisioterapeuta en el manejo de una fractura de fémur:

Evaluación inicial: El fisioterapeuta comienza evaluando la condición del paciente, teniendo en cuenta la ubicación y gravedad de la fractura, así como

cualquier otro factor de salud que pueda influir en la rehabilitación. Esta evaluación inicial es fundamental para diseñar un plan de tratamiento personalizado.

Planificación del tratamiento: Basándose en la evaluación inicial, el fisioterapeuta desarrolla un plan de tratamiento específico para el paciente. Esto incluye establecer metas de rehabilitación claras y definir las modalidades terapéuticas adecuadas.

Movilización temprana: Cuando es apropiado, el fisioterapeuta promueve la movilización temprana de la pierna afectada para prevenir complicaciones como la rigidez articular y la pérdida de masa muscular. Esto puede incluir ejercicios suaves de movilidad pasiva y activa.

Rehabilitación de la marcha: Ayuda al paciente a recuperar la capacidad de caminar de manera segura. Esto puede incluir entrenamiento en el uso de dispositivos de ayuda como muletas o andadores, así como ejercicios de fortalecimiento y equilibrio.

Terapia de ejercicios: Diseña programas de ejercicios específicos para fortalecer los músculos circundantes y restaurar la función normal de la pierna afectada. Esto puede incluir ejercicios de rango de movimiento, ejercicios de resistencia y técnicas de fortalecimiento progresivo.

Control del dolor y la inflamación: Proporciona modalidades terapéuticas, como terapia de calor o frío, para reducir el dolor y la inflamación en la pierna afectada.

Educación al paciente: Informa al paciente sobre el proceso de recuperación, las precauciones a tomar y la importancia de cumplir con el plan de tratamiento. También ofrece consejos sobre el manejo del dolor y la prevención de complicaciones.

Evaluación continua: Realiza evaluaciones periódicas para evaluar el progreso del paciente y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.

Apoyo emocional: Reconoce la importancia del apoyo emocional durante la rehabilitación de una fractura de fémur, ya que puede ser un proceso desafiante tanto física como emocionalmente.

El fisioterapeuta desempeña un papel integral en la recuperación de un paciente con una fractura de fémur al proporcionar evaluación, planificación de tratamiento, movilización temprana, rehabilitación de la marcha, terapia de ejer-

cicios, control del dolor, educación al paciente y apoyo emocional. Su experiencia y conocimientos son fundamentales para ayudar al paciente a recuperar la función y la movilidad de la pierna afectada de manera segura y efectiva.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación primordial del fisioterapeuta ante una fractura de fémur es seguir el plan de tratamiento y las indicaciones médicas de manera rigurosa. Esto implica asistir a todas las sesiones de rehabilitación y cumplir con los ejercicios y ejercicios de movilidad prescritos. La rehabilitación es un proceso gradual, por lo que la paciencia es fundamental.

Además, es crucial comunicar cualquier cambio en la condición o cualquier molestia inusual durante la rehabilitación al fisioterapeuta o al médico tratante. La comunicación abierta facilita la adaptación del plan de tratamiento según las necesidades individuales.

Finalmente, seguir un estilo de vida saludable que incluya una dieta equilibrada y mantenerse activo dentro de los límites recomendados es esencial para la recuperación. La adherencia al tratamiento y el autocuidado son fundamentales para lograr una recuperación exitosa de una fractura de fémur.

6 Bibliografía

Del Gordo, R. J. (2012). Fracturas del fémur proximal. Opciones de tratamiento. *Orthotips AMOT*, 8(3), 157-164.

Capítulo 315

EFECTOS DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN EL AGUA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

DIEGO MEDINA CRESPO

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

1 Introducción

La fibromialgia es una patología caracterizada por dolor musculoesquelético generalizado y difuso, rigidez muscular, trastornos de sueño y fatiga crónica, que suele ir acompañado de trastornos psicológicos como ansiedad o depresión. En la revisión del Colegio Americano de Reumatología en 2010 también se incluyen síntomas como rigidez matutina, limitaciones en los arcos de movilidad, rigidez muscular y artralgias como criterios diagnósticos.

La etiopatogénesis de la fibromialgia todavía están investigándose y no están claros, por lo que los criterios diagnósticos y las estrategias de tratamiento tampoco están claras.

El ejercicio terapéutico en el agua puede abarcar desde distintas modalidades de natación, métodos más específicos de rehabilitación como el método Halliwick hasta los ejercicios más simples de estiramientos dentro del agua.

Los ejercicios dentro del agua han mostrado beneficios en cuanto a reducción del dolor, relajación y fortalecimiento muscular, reducción de la rigidez articular

y de los espasmos y aumento de la coordinación motora y de las amplitudes articulares.

Vistos los beneficios que puede aportar el ejercicio terapéutico dentro del agua en distintos tipos de pacientes, se plantea si esta modalidad de tratamiento podría ser de utilidad para el manejo de los síntomas en la fibromialgia con especial interés en la reducción del dolor y la fatiga.

2 Objetivos

- Comprobar la utilidad terapéutica del ejercicio terapéutico en el agua sobre los síntomas de la fibromialgia.
- Valorar si puede formar parte de un plan de tratamiento para los pacientes con fibromialgia.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda en distintas bases de datos como Medline, Pubmed, Cochrane Library, PEDro y Cinhal incluyendo los siguientes términos “fibromyalgia”, “aquatic therapy”, “aquatic physical therapy”, “pool-based exercise” y “pool exercise therapy” tanto en inglés como en español.

Tras filtrar los resultados obtenidos, se seleccionaron 4 revisiones sistemáticas y otros 4 ensayos clínicos para incluirlos en esta revisión

4 Resultados

Son muchos los estudios que contrastan la eficacia de los ejercicios en el agua como parte del tratamiento de la fibromialgia. Una amplia revisión que compara distintos protocolos de ejercicio muestra una amplia mejoría en la severidad de los síntomas en estos pacientes. Gracias a la amplia variabilidad de ejercicios aeróbicos y de fuerza, que pueden ajustarse a intensidades más altas o más bajas, permite que se ajusten de forma individual a cada paciente.

La gran mayoría de ellos destacan una ventaja de estos ejercicios sobre los que se hacen fuera del agua, y esta es la temperatura: la mayoría de los artículos revisados utilizan temperaturas en el agua entre 32°C y 36°C, lo que se consideraría agua caliente más que templada.

Los pacientes que llevaron a cabo ejercicio en agua caliente mostraron mejoría en la calidad de sueño, disminución del dolor y puntos gatillo, y rendimiento tanto

físico como cognitivo. Además, algunos estudios que comparan los ejercicios dentro y fuera del agua resaltan la eficacia a largo plazo: los pacientes que realizan ejercicios dentro del agua muestran mejoría en la calidad del sueño y rigidez matutina durante más tiempo que los que realizan ejercicio fuera del agua. Esto también puede ser debido a la alta adherencia a los tratamientos; a la mayoría de los pacientes les parece agradable la temperatura del agua y esto facilita que sigan realizando ejercicio en los meses de invierno cuando hacer ejercicio al aire libre puede ser más desagradable.

Pero no solo se encuentran resultados a largo plazo, otros estudios muestran los efectos inmediatos en la reducción del dolor tras realizar ejercicios en el agua, especialmente entre los pacientes con síntomas más graves. Teniendo en cuenta esto, sería interesante para los pacientes que tienden a tener dolores más intensos realizar un programa de ejercicios en el agua antes de asistir a la sesión de fisioterapia o antes de realizar alguna actividad en la que su dolor se pueda ver exacerbado, como trabajar o limpiar.

Otro parámetro muy importante a valorar en la calidad de vida en estos pacientes es el estado de ánimo, ya que la fibromialgia suele ir acompañada de trastornos como ansiedad o depresión, es importante tenerlo en cuenta a la hora de plantear el tratamiento. Se ha visto en que realizar ejercicios como estiramientos o Tai Chi tiene un efecto positivo sobre la salud mental, reduciendo los síntomas de la ansiedad crónica de forma notable.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la gran cantidad de síntomas asociados a la fibromialgia, es importante contar con un tratamiento complementario a la medicación que también pueda reducir la sintomatología. El ejercicio terapéutico lleva años planteándose como una forma de manejo de los síntomas, pero el ejercicio dentro del agua tiene además beneficios adicionales que pueden facilitar la adherencia al tratamiento. El ejercicio terapéutico realizado dentro del agua ofrece una gran variabilidad de modalidades que se pueden adaptar a cualquier tipo de paciente con fibromialgia, con síntomas más leves o más agudos, obteniendo buenos resultados en muchos parámetros como la reducción del dolor, la rigidez matutina, la ansiedad y la fatiga.

6 Bibliografía

- 1.Sarzi-Puttini, P., Giorgi, V., Marotto, D., & Atzeni, F. (2020). Fibromyalgia: an update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. *Nature reviews. Rheumatology*, 16(11), 645–660. <https://doi.org/10.1038/s41584-020-00506-w>
- 2.Altan, L., Bingöl, U., Aykaç, M., Koç, Z., & Yurtkuran, M. (2004). Investigation of the effects of pool-based exercise on fibromyalgia syndrome. *Rheumatology international*, 24(5), 272–277. <https://doi.org/10.1007/s00296-003-0371-7>
- 3.Galvão-Moreira, L. V., de Castro, L. O., Moura, E. C. R., de Oliveira, C. M. B., Nogueira Neto, J., Gomes, L. M. R. S., & Leal, P. D. C. (2021). Pool-based exercise for amelioration of pain in adults with fibromyalgia syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Modern rheumatology*, 31(4), 904–911. <https://doi.org/10.1080/14397595.2020.1829339>
- 4.Munguía-Izquierdo, D., & Legaz-Arrese, A. (2008). Assessment of the effects of aquatic therapy on global symptomatology in patients with fibromyalgia syndrome: a randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 89(12), 2250–2257. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2008.03.026>
- 5.Lima, T. B., Dias, J. M., Mazuquin, B. F., da Silva, C. T., Nogueira, R. M., Marques, A. P., Lavado, E. L., & Cardoso, J. R. (2013). The effectiveness of aquatic physical therapy in the treatment of fibromyalgia: a systematic review with meta-analysis. *Clinical rehabilitation*, 27(10), 892–908. <https://doi.org/10.1177/0269215513484772>
- 6.Mannorcorpi, K., & Iversen, M. D. (2003). Physical exercise in fibromyalgia and related syndromes. *Best practice & research. Clinical rheumatology*, 17(4), 629–647. [https://doi.org/10.1016/s1521-6942\(03\)00038-x](https://doi.org/10.1016/s1521-6942(03)00038-x)
- 7.Segura-Jiménez, V., Carbonell-Baeza, A., Aparicio, V. A., Samos, B., Femia, P., Ruiz, J. R., & Delgado-Fernández, M. (2013). A warm water pool-based exercise program decreases immediate pain in female fibromyalgia patients: uncontrolled clinical trial. *International journal of sports medicine*, 34(7), 600–605. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1329991>
- 8.Calandre, E. P., Rodriguez-Claro, M. L., Rico-Villademoros, F., Vilchez, J. S., Hidalgo, J., & Delgado-Rodriguez, A. (2009). Effects of pool-based exercise in fibromyalgia symptomatology and sleep quality: a prospective randomised comparison between stretching and Tai Chi. *Clinical and experimental rheumatology*, 27(5 Suppl 56), S21–S28.

Capítulo 316

EL CELADOR ANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE APENDICITIS

ANTONIO HERVÁS GARCÍA

MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA

FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO

JUAN CARLOS PÉREZ SELVA

JUSTO CANALES BARTOLOME

1 Introducción

La apendicitis es una inflamación aguda del apéndice, una pequeña estructura ubicada en la parte inferior derecha del abdomen. Si no se trata a tiempo, puede ser potencialmente mortal. La intervención quirúrgica, llamada apendicectomía, es el tratamiento estándar para esta afección.

La apendicectomía se puede realizar de dos maneras:

Cirugía Abierta: Tradicionalmente, se hacía una incisión en el abdomen y se extirpaba el apéndice. Esta técnica todavía se utiliza en algunos casos, especialmente si el apéndice está perforado o el cirujano sospecha complicaciones.

Cirugía Laparoscópica: Es el enfoque más común en la actualidad. Se hacen pequeñas incisiones en el abdomen a través de las cuales se insertan instrumentos quirúrgicos y una cámara. El cirujano observa el interior del abdomen en un

monitor y extirpa el apéndice. La cirugía laparoscópica generalmente tiene una recuperación más rápida y menos cicatrices visibles.

La apendicectomía es una cirugía de rutina y generalmente se realiza bajo anestesia general. Después de la cirugía, el paciente permanece en observación para asegurarse de que no haya complicaciones.

La recuperación después de una apendicectomía suele ser rápida. Los pacientes pueden regresar a la mayoría de sus actividades normales en unas pocas semanas. Sin embargo, es importante seguir las instrucciones médicas, como cuidar las incisiones y evitar actividades extenuantes durante un tiempo.

La intervención quirúrgica para la apendicitis es crucial para evitar complicaciones graves, como la perforación del apéndice que puede llevar a la peritonitis. Por lo tanto, si se sospecha de apendicitis, se debe buscar atención médica de inmediato para evaluar la necesidad de una apendicectomía.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que tiene el celador en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El celador desempeña un papel esencial en el proceso de intervención quirúrgica de apendicitis, contribuyendo al funcionamiento eficiente y seguro del quirófano y el bienestar general del paciente. A continuación, se detallan las principales funciones de un celador en este contexto:

Preparación del quirófano: El celador ayuda en la preparación del quirófano antes de la cirugía. Esto incluye la disposición de instrumentos quirúrgicos, la verificación de la disponibilidad de suministros y asegurarse de que todo esté limpio y esterilizado adecuadamente.

Traslado del paciente: El celador es responsable de trasladar al paciente desde su habitación o sala de espera hasta el quirófano de manera segura y en una camilla adecuada. Esto implica tener cuidado de las necesidades del paciente y garantizar su comodidad durante el proceso.

Colaboración con el equipo quirúrgico: Una vez que el paciente está en el quirófano, el celador colabora con el equipo quirúrgico en la preparación del paciente para la cirugía. Esto puede incluir la colocación de monitores, asegurando la posición adecuada del paciente en la mesa de operaciones y ayudando a mantener el ambiente estéril.

Transporte intraoperatorio: Durante la cirugía, el celador puede ser necesario para transportar muestras de laboratorio o equipos especiales dentro o fuera del quirófano, siempre manteniendo los estándares de asepsia y cuidado.

Asistencia postoperatoria: Después de la cirugía, el celador transporta al paciente de regreso a la sala de recuperación o a la unidad de cuidados postoperatorios. En este momento, es importante garantizar que el paciente esté cómodo y bien cuidado durante la transición.

Mantenimiento del orden en el quirófano: El celador ayuda a mantener el orden y la limpieza en el quirófano durante la cirugía, asegurándose de que no haya obstrucciones y de que el equipo tenga acceso a lo que necesite.

Comunicación con la familia: En algunos casos, el celador puede ser el punto de contacto inicial entre la familia del paciente y el equipo quirúrgico. Deben ser capaces de proporcionar información básica sobre el proceso y la ubicación del paciente.

El celador juega un papel crucial en la intervención quirúrgica de apendicitis al garantizar que el quirófano esté listo, ayudar en el traslado y el cuidado del paciente, colaborar con el equipo quirúrgico y mantener la eficiencia y la seguridad en el quirófano. Su presencia y habilidades son fundamentales para que el proceso quirúrgico se desarrolle sin problemas y para el bienestar general del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del celador para una buena recuperación del paciente intervenido de apendicitis es asegurarse de que el paciente siga las indica-

ciones médicas y se tome el tiempo necesario para recuperarse completamente. Esto incluye:

Seguir las instrucciones médicas: Es fundamental que el paciente siga las indicaciones del cirujano y el equipo médico en cuanto a la medicación, cuidado de las incisiones y la dieta postoperatoria.

Descansar adecuadamente: La recuperación después de una cirugía es un proceso que requiere tiempo. El paciente debe darle a su cuerpo el descanso necesario para sanar. Evitar esfuerzos físicos excesivos es crucial.

Cuidado de las incisiones: Mantener las incisiones limpias y secas, siguiendo las pautas médicas, es esencial para prevenir infecciones.

Dieta adecuada: Seguir una dieta suave y de fácil digestión, como la recomendada por el médico, ayuda a evitar molestias gastrointestinales.

Comunicación con el médico: Si el paciente experimenta síntomas inusuales o preocupantes, debe comunicarse con su médico de inmediato.

La paciencia y el cumplimiento estricto de las instrucciones médicas son esenciales para una recuperación exitosa. El celador puede ofrecer apoyo emocional y asegurarse de que el paciente esté cómodo, pero la responsabilidad principal recae en el paciente y su cumplimiento con el plan de recuperación.

6 Bibliografía

1. Rodríguez Fernández, Z. (2010). Complicaciones de la apendicectomía por apendicitis aguda. *Revista Cubana de Cirugía*, 49(2), 0-0.

Capítulo 317

ABORDAJE DEL DOLOR LUMBAR CRÓNICO DESDE LA FISIOTERAPIA, LA OSTEOPATÍA Y LA COMBINACIÓN DE AMBOS TRATAMIENTOS

COVADONGA SÁNCHEZ LÓPEZ

1 Introducción

La lumbalgia es definida por la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda (REIDE) como una afección caracterizada por dolor (que puede localizarse en la zona vertebral y/o paravertebral) que puede ir de la región costal inferior a la zona glútea, y cuya intensidad se puede modificar en función de los esfuerzos realizados, las malas posturas o determinados movimientos y, en ocasiones, también se asocia a limitación de movilidad o, incluso, incapacidad funcional.

Como señalan Foster, Anema y Cherkin (2018), el origen de este tipo de dolor es multifactorial y se clasifica en función del mecanismo lesional, grado de afectación radicular y la causa en aguda, subaguda y crónica.

La frecuencia de la lumbalgia es muy elevada y repercute en el ámbito social, laboral o económico. No en vano, es considerada por algunos autores como “la enfermedad del siglo XXI”. La prueba está en los datos recogidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2019, según la cual esta patología afecta a entre un 80 y un 85% de la población mundial al menos una vez en la vida y su prevalencia es superior al 70% y una incidencia que varía entre el 17 y el 32%.

En nuestro país, su prevalencia ha aumentado con los años. En 1976 se situaba en torno al 19,9%, mientras que en el 2013 era del 21,5% y en 2019 ascendió al 22,7%

afectando más a mujeres que a hombres. Desde entonces, hasta la actualidad, el porcentaje ha seguido aumentando.

Hasta la actualidad, un gran número de investigaciones han llevado a cabo programas de tratamiento y técnicas de prevención que disminuyan la incidencia y prevalencia del dolor lumbar. Es aquí donde cobra especial importancia el tratamiento fisioterápico, osteopático e, incluso, la combinación de ambos, ya que según López, Alonso, González y Suso (2019), se ha demostrado que su aplicación mitiga, espacia las crisis y, en ocasiones, hace desaparecer las molestias causadas por esta patología. Son tratamientos eficaces para el abordaje de la lumbalgia, y la elección entre estos enfoques puede depender de la preferencia del paciente, la causa subyacente del dolor y la evaluación de un profesional de la salud. Es importante buscar la orientación de un profesional de la salud antes de comenzar cualquier tratamiento para la lumbalgia para asegurarse de que se elija el enfoque adecuado y se realice de manera segura.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer las funciones del fisioterapeuta en el dolor lumbar crónico

3 Metodología

Para desarrollar el presente trabajo se ha realizado una revisión de la literatura científica y, para ello, se han consultado varias fuentes bibliográficas. De esta forma se ha sacado información de libros y artículos científicos extraídos de bases de datos como Scielo, Google Scholar, Pudmed o Medline, seleccionando, dentro de ellos, las referencias bibliográficas que se plasman al final de este capítulo.

4 Resultados

El dolor lumbar es una de las patologías más comunes en el siglo XXI. A nivel mundial la cifra de personas que padecen lumbalgia asciende a 1.588.000.000, y esta realidad afecta directa y gravemente al sistema de salud pues supone un coste económico muy elevado. Por ello, es fundamental contar con recursos y herramientas adaptadas para detener o disminuir su rápida evolución. Es necesario realizar un abordaje adecuado de este problema de salud puesto que los estudios realizados demuestran que las recidivas y la cronificación son aún muy

altas a pesar de las múltiples investigaciones realizadas al respecto. Por ello, a lo largo de este capítulo se evidenciarán los tratamientos más eficientes en el campo de la fisioterapia, la osteopatía y la terapia basada en la combinación de ambos. En muchas ocasiones estas dos terapias son consideradas como opuestas cuando en realidad no lo son, todo lo contrario, se complementan, aumentando así su efectividad en el tratamiento del dolor en la región lumbar.

Se trata de dos enfoques no quirúrgicos que pueden ser efectivos en el tratamiento de la lumbalgia, especialmente cuando la etiología es musculoesquelética o funcional. Ambos enfoques buscan aliviar la sintomatología, mejorar la funcionalidad y promover la recuperación. A continuación, se describen los efectos del tratamiento fisioterapéutico y osteopático en el tratamiento de la lumbalgia:

Según autores como Pérez, López de Uralde, Cigaran y Corbalán (2019) la fisioterapia proporciona:

1. Alivio del dolor: Los fisioterapeutas pueden emplear diferentes técnicas, como la cinesiterapia activa y pasiva, la electroterapia, la hidroterapia, los estiramientos, la masoterapia, el vendaje neuromuscular, la punción seca, la inducción, miofascial, etc., para reducir el dolor lumbar.
2. Mejora de la movilidad: Los fisioterapeutas trabajan en mejorar la funcionalidad de la columna vertebral y las articulaciones afectadas (como las sacroilíacas o las coxofemorales que se pueden resentir a causa de un problema lumbar). Los ejercicios de movilización y stretching pueden aumentar la flexibilidad en esta región y disminuyendo así la rigidez.
3. Fortalecimiento muscular: Los ejercicios específicos de fortalecimiento de los músculos (fundamentalmente la musculatura estabilizadora de la columna vertebral) pueden ayudar a mejorar la sintomatología en casos de lumbalgia y reducir la sobrecarga en las estructuras afectadas.
4. Educación del paciente: Los fisioterapeutas brindan orientación sobre ergonomía, higiene postural y técnicas de manejo del dolor que los pacientes pueden aplicar en su día a día para prevenir recidivas o nuevos problemas futuros, tanto en la región lumbar como en el resto de estructuras corporales.
5. Mejora de la funcionalidad: El tratamiento fisioterapéutico tiene como finalidad restaurar la función normal de la columna vertebral y las estructuras colindantes, lo que puede permitir a los pacientes retomar sus actividades cotidianas. Osteopatía es una técnica muy efectiva, ya que, como señalan autores como Franke, y Fryer (2014) permite realizar:

1. Evaluación holística: Los osteópatas consideran el cuerpo como una unidad en la que todo está interconectado y buscan identificar y tratar desequilibrios

en todo el sistema músculo esquelético, intentando descifrar cuál es su origen. Esto conlleva la realización de un examen exhaustivo de la columna vertebral, las articulaciones, la musculatura y los tejidos circundantes.

2. Manipulación osteopática: Los osteópatas utilizan técnicas manuales (como el strentching, el thrust, las técnicas funcionales, etc.) para restaurar la movilidad y la alineación de las articulaciones y tejidos afectados. Esto puede ayudar a disminuir el dolor y mejorar la función.

3. Promoción de la circulación y la curación: Los osteópatas creen que, al restaurar la funcionalidad de las estructuras de la columna, se promueve la circulación sanguínea y la capacidad del cuerpo para autorrepararse.

4. Tratamiento personalizado: Los osteópatas diseñan rutinas de tratamiento individualizadas para abordar las necesidades y la sintomatología específica de cada paciente.

5. Prevención: Además de tratar el dolor agudo, los osteópatas trabajan en determinar el origen de la patología y corregir los desequilibrios subyacentes que pueden contribuir a que la lumbalgia se cronifique y, evitando así futuras recidivas.

Una vez establecidos los, más que demostrados, efectos beneficiosos del tratamiento osteopático y fisioterápico en la lumbalgia, se realizará un abordaje de los principales instrumentos empleados para realizar la medición del dolor lumbar, el rango de movilidad de esta área y la calidad de vida de los pacientes que la sufren.

Para medir el parámetro de dolor lumbar hay una serie de instrumentos:

- Visual Analogue Scale (VAS): es la herramienta más utilizada para evaluar objetivamente la gravedad del dolor. La EVA es una escala de 100 mm de largo, con dos descriptores “sin dolor”, “el máximo dolor imaginable”. El paciente define su dolor en una escala visual sin valores numéricos, mientras que el registrador puede ver estos valores en el reverso.

- Numeric Pain Rating Scale (NPRS): herramienta común en la que el paciente califica su dolor en una escala del 1 al 10 pudiendo utilizarse también en edad infantil (con niños que entiendan los números). Las puntuaciones oscilan entre 0 (sin dolor) y 10 (dolor intenso).

Por otro lado, el Rango de Movimiento Lumbar se puede valorar a través de los siguientes instrumentos:

- Schober Test: con el paciente de pie, se marcan las Espinas Iliacas Posteriores (EIPS) y se traza una línea horizontal en el centro de ambas marcas. Se marca una línea 5 cm por debajo de la primera y una tercera 10 cm por encima de la primera. Seguidamente, se le indica al paciente que se flexione hacia adelante

intentando tocarse los dedos de los pies. De esta manera, el examinador vuelve a medir la distancia entre ambas líneas con el paciente totalmente flexionado. El test será positivo si la diferencia de medidas entre la posición erecta y la flexión es menor de 5 cm.

- Fingertips to Floor Distance (FTF): a través del cual se mide el rango de movilidad lumbopélvica. Se le solicita al paciente que se flexione e intente tocar el suelo con la punta de sus dedos. A continuación, el fisioterapeuta mide la distancia entre el dedo largo derecho del paciente y el suelo, utilizando para ello una cinta métrica. Se pregunta al paciente si el dolor, la limitación de movilidad o ambos limitaron la prueba. Si esta está limitada, se debe especificar la ubicación y la puntuación del dolor sobre 10.
- Trunk Kinematics: se emplea un sistema de análisis de movimiento optoelectrónico de seis cámaras con marcadores colocados en puntos específicos. Dos en la región torácica, dos en la lumbar, una en el sacro, cuatro en la pelvis y dos en el acromion (bilateralmente). Se calculan una serie de ángulos: inclinación del tronco hacia adelante, inclinación pélvica anterior, movimiento lumbar y torácico. Los ángulos mencionados se evalúan desde la posición inicial (de pie) y el valor se calcula como la diferencia entre el valor inicial y a la flexión completa del tronco.

Para valorar la calidad de vida se pueden utilizar los siguientes instrumentos:

- Patient Specific Functional Scale (PSFS): se le solicita al paciente que nombre hasta 5 actividades que le resulten difíciles de realizar dada su condición, y que luego clasifique la limitación funcional asociada a estas actividades. Para valorar la limitación funcional se utiliza una escala del 0 al 10, en la que 0 representa la incapacidad para realizar la actividad y 10 significa que es capaz de realizar la actividad con la misma facilidad que antes de la lesión o problemática.
- Oswestry Disability Index (ODI): cuestionario que permite delimitar el grado de discapacidad de persona con dolor lumbar. Se divide en diez secciones para evaluar las limitaciones de diversas actividades de la vida cotidiana. Cada sección se valora del 1 al 5, siendo el 5 la mayor discapacidad. El índice se calcula dividiendo la puntuación total por el total posible, posteriormente se multiplica por cien y se expresa como un porcentaje.

5 Discusión-Conclusión

La combinación de fisioterapia y osteopatía puede repercutir muy positivamente en el tratamiento de la lumbalgia crónica, ofreciendo beneficios adicionales. La fisioterapia prepara el cuerpo para la manipulación osteopática, pues mejora la

flexibilidad y la fuerza de los tejidos duros y blandos, mientras que la osteopatía puede ayudar a desbloquear articulaciones y otras estructuras que podrían haber sido resistentes a otros tratamientos.

En definitiva, tanto la fisioterapia como la osteopatía son efectivas para tratar el dolor lumbar crónico, pues ofrecen una amplia gama de beneficios para su tratamiento, incluyendo el alivio del dolor, la mejora de la función, la corrección de alteraciones musculares y posturales, la educación para la salud de los pacientes y la prevención de futuras recidivas.

6 Bibliografía

Foster, N. E., Anema, J. R., Cherkin, D., et al. (2018). Prevención y tratamiento del dolor lumbar: evidencia, desafíos y direcciones prometedoras. *The Lancet*, 391(10137), 2368-2383.

Franke, H., Franke, JD y Fryer, G. (2014). Tratamiento de manipulación osteopática para el dolor lumbar inespecífico: una revisión sistemática y un metanálisis. *Trastornos musculoesqueléticos de BMC*, 15(1), 286.

López-López, A., Alonso-Pérez, J. L., González-González, C., Suso-Martí, L., & López-Díaz-de-Durana, A. (2019). Efectos inmediatos del tratamiento osteopático versus ejercicio terapéutico en pacientes con dolor lumbar crónico. *Revista Española de Osteopatía*, 20, 15-23.

Pérez-Sanz, L., López-de-Uralde-Villanueva, I., Candelas-Fernández, P., Cigaran-Méndez, M., & Corbalán, I. J. (2019). Efectividad de un programa de fisioterapia multimodal en el seguimiento de pacientes con dolor lumbar crónico. *Fisioterapia*, 41(5), 255-262.

Capítulo 318

ACTUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA EN PATOLOGÍA LINFÁTICA

DIEGO MEDINA CRESPO

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

1 Introducción

El linfedema se define como un edema crónico, unilateral o bilateral, de las extremidades, pero también de otras regiones, debido al acúmulo de linfa, líquido rico en proteínas, en el espacio intersticial de los tejidos blandos, como resultado de alteraciones congénitas (linfedema primario) o adquiridas (linfedema secundario) de los vasos linfáticos. Es un edema blanco, duro y elástico, que no deja fovea a la presión digital y no mejora con la elevación del miembro afectado.

La movilización de la linfa acumulada en el tejido celular subcutáneo se consigue con la terapia física. Dentro de la terapia física, tenemos varias actuaciones terapéuticas para tratar el linfedema, como el drenaje linfático manual, movilizaciones de la extremidad, medidas de compresión, presoterapia y termoterapia. Si en nuestro tratamiento combinamos varias de estas técnicas, estaríamos aplicando fisioterapia descongestiva combinada. La fisioterapia descongestiva combinada combina el drenaje linfático manual. La movilización de la linfa acumulada en el tejido celular subcutáneo se consigue con la terapia física. Dentro de la terapia física, tenemos varias actuaciones terapéuticas para tratar el linfedema, como el drenaje linfático manual, movilizaciones de la extremidad, medidas de compresión, presoterapia y termoterapia. Si en nuestro tratamiento combinamos

varias de estas técnicas, estaríamos aplicando fisioterapia descongestiva combinada. La fisioterapia descongestiva combinada combina el drenaje linfático manual, el cuidado meticuloso de la piel, compresión y ejercicios físicos. La intensidad de aplicación de los componentes de la fisioterapia descongestiva combinada en cada fase, depende del estadio del linfedema, de la naturaleza y de la patología concomitante. La intensidad de aplicación de los componentes de la fisioterapia descongestiva combinada en cada fase, depende del estadio del linfedema, de la naturaleza y de la patología concomitante.

2 Objetivos

- Enumerar las distintas herramientas que posee la fisioterapia para afrontar las diferentes patologías linfáticas.
- Explicar el funcionamiento de cada una de ellas, el método de aplicación y el éxito de estas herramientas.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión sistemática bibliográfica. Con el fin de llevarla a cabo, se ha realizado una búsqueda de diferentes artículos en distintas bases de datos y buscadores, como: Pubmed, Scielo, Google Académico y Medline y utilizando para ello los siguientes operadores booleanos “and” y “or” y las siguientes palabras claves: Linfedema, Drenaje linfático manual, Fisioterapia descongestiva combinada, Fisioterapia.

4 Resultados

Como hemos comentado anteriormente, la fisioterapia descongestiva combinada une el drenaje linfático manual, el cuidado meticuloso de la piel, compresión y ejercicios físicos. Para aplicar esta terapia, podemos dividirla en 2 fases:

- El objetivo de la primera es movilizar el líquido del edema e iniciar la regresión de las alteraciones de los tejidos. Hay evidencia de que aplicando fisioterapia descongestiva combinada (FDC) en esta fase durante 4 semanas disminuye significativamente la expresión de los genes vinculados a la inflamación crónica. Es importante que durante esta fase los pacientes descansen tanto física como mentalmente.

- En la segunda fase buscamos prevenir la reacumulación de líquido del edema y continuar evitando la formación de cicatrices tisulares. Aquí empezamos el tratamiento de compresión mediante medias o mangas elásticas, intentar hacer un trabajo continuando además de la fisioterapia. El paciente debe cuidar su piel y hacer ejercicios físicos. En esta fase se usa el drenaje linfático manual solo si es necesario. Por ejemplo, si vuelve a aparecer edema.

Como se ha dicho anteriormente, la FDC combina varios tipos de tratamiento, los cuales vamos a explicar a continuación:

- Drenaje linfático manual (DLM): es una técnica de masaje que se aplica sobre la superficie de la piel y va siguiendo la localización anatómica de los vasos linfáticos. Se aplican varias secuencias de determinados movimientos como los círculos estacionarios, bombeo o movimientos de muñeca y giratorios. El objetivo principal del DLM es aumentar la actividad linfática para favorecer la circulación colateral, ayudando así a transferir la linfa a las zonas corporales vecinas. El masaje se hace en la zona edematosa, ya que las maniobras a distancia están indicadas en las zonas donde las vías colaterales son supraneuróticas. Normalmente, la presión que utilizamos es suave a no ser que los casos sean irreversibles. Hay evidencia de que este tipo de masaje funcione para el drenaje ya que ha sido comprobado con linfoscintigrafía.

- Cuidado meticuloso de la piel: es importante para evitar las infecciones micóticas y bacterianas. Se utilizan medidas higiénicas y si hubiera un problema mayor se utilizarían agentes desinfectantes.

- Ejercicios físicos: la combinación de movimientos de flexibilidad, ejercicio aeróbico y ejercicios de fortalecimiento, junto con el uso de medidas de compresión y DLM produce efectos beneficiosos en los pacientes con linfedema. Otra forma de trabajar en este apartado es con posturas de elevación de la extremidad edematosa, para ayudar a disminuir la presión hidrostática intravascular y disminuir la producción de líquido linfático. También ayudamos al retorno por el efecto de la gravedad.

- Medias de compresión y de contención: es una de las técnicas más importantes en nuestro tratamiento. La compresión externa es la aplicación de cualquier tipo de presión externa a la extremidad. En el caso del edema pretende reducir la formación y eliminar el exceso de líquido linfático acumulado. Las formas de aplicación más utilizadas son las prendas de compresión y los vendajes. En las primeras fases del tratamiento, se utilizan más las vendas, ya que ejercen una presión menor y son más confortables. En fases más avanzadas una buena opción

es el vendaje multicapa, que ayuda a aumentar el flujo de líquido linfático. La compresión ayuda al aumento de la presión tisular y así, a la reabsorción y al reajuste del calibre de los vasos superficiales. En la fase de mantenimiento, lo más utilizado son las prendas de compresión (mangas o guantes elásticos), ya que suelen ser de compresión fuerte pero gradual. La compresión distal es mayor que la proximal y normalmente se utilizan durante el día.

Por último, en este apartado, decir que hay otro método de compresión que es la presoterapia. Es una máquina con unos compartimentos neumáticos que aplican presión alrededor de la extremidad para disminuir el volumen.

Vamos a tener dos tipos de vendaje que podemos utilizar para tratar el linfedema post mastectomía. Como hemos dicho anteriormente, esos vendajes serán el vendaje elástico y el vendaje multicapa. Antes de continuar, tenemos que aclarar varios conceptos. La contención es la presión ejercida por vendajes inelásticos que actúan contrarrestando el incremento del volumen muscular resultante de la contracción del músculo. Cuando estamos en reposo, la presión continua proporcionada es nula o muy baja (presión de reposo). En cambio, cuando el músculo se contrae, el vendaje ejercería una contención, restringiendo el aumento del volumen muscular creando una fuerza de presión (presión de trabajo). Es importante saber que la contención solo actúa durante la contracción muscular, que es cuando ayuda en el retorno de los fluidos.

Con la terapia de compresión, lo que conseguiremos será: mejorar el retorno venoso y linfático, incrementar la presión hidrostática evitando la salida de líquido, reducir el edema, favorecer la reabsorción linfática, ayudar a destruir y ablandar los depósitos de tejido conectivo y tejido cicatricial cuando hay fibrosis y mejorar la efectividad del músculo y su acción de bombeo. Vamos entonces a explicar más detenidamente cada tipo de vendaje:

- Vendaje elástico: para valorar la efectividad de este tipo de vendaje se comparó con una técnica quirúrgica. En un estudio con 22 pacientes con edema post mastectomía durante 1 año, se observó que el porcentaje de reducción del linfedema fue superior en el grupo que se sometió a cirugía (47%), ya que en el grupo con vendaje elástico fue menor (12%). Cabe destacar que la duración media del linfedema fue mayor en el tratamiento con cirugía. En otro estudio, se comparó el vendaje de compresión junto con DLM. Los resultados sugieren que la efectividad del vendaje elástico de compresión podría ser superior al añadirse la aplicación de DLM.

- Vendajes multicapa: son vendajes formados por más de una capa, que van superpuestas y producen grandes presiones de trabajo, ayudando al flujo linfático. Este tipo de vendaje basa su acción en la modificación de la ley de Laplace donde

T es una variable dependiente de número de capas del vendaje (N) y de la tensión (t) de su aplicación ($T = N \cdot t$). Se recomienda utilizar el vendaje multicapa tras la realización de la sesión de DLM y retirarse antes de la realización de la siguiente sesión. La presión va de distal a proximal para mantener el gradiente de presión venosa fisiológico. Si necesitamos aumentar la presión en algún punto, se utilizan almohadillas de gomaespuma. Este tipo de vendaje representa una parte esencial en el tratamiento. La mayoría de los pacientes lo toleran bien y pueden realizar sus actividades del día a día de forma normal. En un estudio clínico aleatorizado en el cual había pacientes post mastectomía, se estudió la efectividad de una prenda estándar y la efectividad de la misma junto con el vendaje multicapa. El seguimiento fue de 6 meses. Al final se concluyó que el vendaje multicapa más la prenda estándar fue más efectiva que la prenda sola.

Además de los medios de contención que hemos nombrado anteriormente, el kinesiotape tiene una importancia fundamental en el tratamiento de linfedemas junto con las prendas de compresión como las medias o la presoterapia.

- Prendas de compresión (medias o manguitos): se utilizan sobre todo en el tratamiento a largo plazo del linfedema y representan uno de los principales aspectos asistenciales para que los pacientes controlen su enfermedad. Los dos métodos más utilizados en la confección de prendas de compresión son el tejido plano y el tejido circular. En el caso de una post mastectomía, la radioterapia provoca alteraciones inflamatorias que aumentan el edema, especialmente si la mama es péndula o carece de sujeción. Las cicatrices y adherencias en la axila, la mama o la pared torácica causan molestias que empeoran con un sujetador o una prótesis mamaria mal ajustada. Normalmente, las pacientes son reacias a utilizar sujetadores elásticos o una prenda de compresión ligera, aunque sepan que van a mejorar. La paciente puede tener ansiedad porque a menudo se acompaña de dolor, malestar y entumecimiento. Las prendas de compresión como los sujetadores especializados, asociados a otros tratamientos como DLM y los vendajes funcionales, son útiles para algunas personas con linfedema. También puede que técnicas como la liberación del tejido y la movilización de la fascia, ayuden a restablecer las vías de drenaje linfático.

- Kinesiotape: este tipo de técnicas se utiliza en el ámbito del drenaje linfático por su función elevadora, que hace que aumente el espacio y se reduzca la presión, aumentando la circulación sanguínea y, por tanto, el drenaje. Los efectos que podemos destacar del kinesiotape sobre el sistema linfático sería que el tejido conjuntivo se libera, el movimiento de la piel respecto a la fascia se aumenta y así se estimula la dilatación y contracción de los linfogangliones, las tiras de kinesiotape actúan como guías para drenar y la acción elevadora comentada an-

teriormente. La eficacia del kinesiotape en linfedema del miembro superior tras una intervención por cáncer de mama fue comparada con un vendaje tradicional. En un estudio de 41 pacientes divididos en 2 grupos que se les aplicó el mismo tratamiento, pero exceptuando el vendaje o el KT. Se valoró el tamaño del miembro, síntomas, calidad de vida y tolerancia al vendaje. Se concluyó que el kinesiotape puede sustituir de manera eficaz al vendaje tradicional, sobre todo en pacientes con mala tolerancia al vendaje tradicional.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión de distintos artículos y libros, hemos observado que la utilización de las diferentes técnicas, cada una en su debido momento, es bastante efectivo para la eliminación del exceso de líquido linfático. Una buena rutina de actividad física, junto con un adecuado trato de la piel, favorecerá la reabsorción del líquido, acompañado de un correcto uso del drenaje linfático manual y de las vendas y medidas de compresión que necesite el paciente. Sería interesante que se realizaran próximos estudios en los que combinaran distintas técnicas juntos con los distintos tipos de vendajes que generan beneficio en los linfedemas. La opción del kinesiotape para pacientes que toleren mal el vendaje tradicional es una opción interesante, debido a los beneficios generados.

6 Bibliografía

- Fisioterapia en el linfedema post mastectomía (ministerio de sanidad y consumo). Autoras: Marta Aymerich, Mirei Espallargues, Emilia Sanchez e Isabel López.
- Dueñas Moscardó, L., Balasch i Bernat, M., & Espí López, G. (2010). Técnicas y nuevas aplicaciones del vendaje neuromuscular paso a paso / autoras Lirios Dueñas Moscardó, Mercè Balasch i Bernat, Gemma Victoria Espí López. Lettera.
- Badger CM, Peacock JL, Mortimer PS. A randomized, controlled, parallel-group clinical trial comparing multi-layer bandaging followed by hosiery versus hosiery alone in the treatment of patients with lymphedema of the limb. *Cancer* 2000; 88 (12): 2832-7
- Thai HJ, Hung HC, Yang JL, Huang CS, Tsao JY. Could Kinesio tape replace the bandage in descongessive lumphatic therapy for breast-cancer-related lymphedema? A pilot study. *Support Care Cancer*. Febrero 2009.
- Bertelli G, Venturini M, Forno G, Macchiavello F, Dini D. Conservative treatment of postmastectomy lymphedema: a controlled randomized trial. *Ann Oncol*

1991; 2 (8): 575-8.

- Riera Alonso, A., Clotet Bori, G., & Hernando Gimeno, E. (2003). Eficacia de la fisioterapia en el edema postraumático. *Fisioterapia (Madr., Ed. impr.)*, 29-34.
- Villar, P. L., Cabello, M. G., & Marne, P. C. (2011). Revisión del Kinesio Taping o vendaje neuromuscular como forma de tratamiento fisioterapéutico. *Cuestiones de fisioterapia: revista universitaria de información e investigación en Fisioterapia*, 40(1), 65-76.
- C. Ferrandez, S. Theys, J.Y. Bouchet, Actuación fisioterapéutica en patología linfática, *Fisioterapia*, Volume 27, Issue 4, 2005, Pages 210-218,

Capítulo 319

EFFECTIVIDAD DE APLICAR FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

ANA MARÍA MARTÍN TALAVERA

MIRIAN MORATO LÓPEZ

1 Introducción

Uno de los principales inconvenientes de la ventilación mecánica invasiva es la neumonía asociada a la ventilación, producida en el ámbito hospitalario y causada por recibir ventilación mecánica durante al menos 48 horas. Esta neumonía aumenta la mortalidad, el tiempo de estancia en la UCI, las secuelas y, por tanto, los costes de atención médica. (1,2,3,4)

Hay varios factores que aumentan la probabilidad de desarrollar neumonía asociada a la ventilación, como son enfermedades respiratorias preexistentes, posición mantenida en supino, alteración del nivel de conciencia e intubaciones endotraqueales. (5)

En el caso del tubo endotraqueal, produce irritación de la mucosa de las vías respiratorias y, por tanto, se produce un aumento del moco en la vía aérea. Y

debido al bajo nivel de conciencia de la mayoría de estos pacientes, el reflejo de tos disminuye, por lo que aumenta el riesgo de aspiración. (6)

El objetivo de la fisioterapia respiratoria es mantener una expansión pulmonar correcta, un aclaramiento de las secreciones, mejorar la ventilación y perfusión pulmonar y dirigir las secreciones al exterior. Para ello, las técnicas más utilizadas actualmente son la hiperinsuflación manual o a través del ventilador, el posicionamiento del paciente y técnicas de fortalecimiento de los músculos respiratorios, en el caso de que el paciente pueda colaborar. (7)

2 Objetivos

- Comprobar si la aplicación de fisioterapia respiratoria en pacientes con ventilación mecánica invasiva previene la incidencia de neumonía asociada a la ventilación, reduce la mortalidad y el tiempo de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos.

3 Metodología

Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica, que se limitó a ensayos controlados aleatorizados en la base de datos PubMed. No debían tener una antigüedad mayor de cinco años desde su publicación.

La intervención, debía ser fisioterapia respiratoria en pacientes con ventilación mecánica invasiva durante su estancia en UCI. Se seleccionaron cinco ensayos.

4 Resultados

Después de una exhaustiva revisión bibliográfica, se seleccionaron cinco ensayos controlados aleatorizados.

El tamaño total de la muestra fueron seiscientos tres pacientes, de los cuales, trescientos cinco, participaron en el grupo experimental y doscientos noventa y ocho, en el grupo control.

Todos los participantes del estudio eran pacientes adultos con ventilación mecánica invasiva e ingresados en la unidad de cuidados intensivos. Su edad varió entre los cuarenta y seis años y sesenta y cuatro años. La proporción entre mujeres y hombres fue 1:2. Solo tres de los cinco estudios, informaron de la gravedad del estado de estos pacientes, a través de la escala Apache II.

En cuanto a las intervenciones de fisioterapia que se realizaron fueron las siguientes:

- En el primer ensayo, realizaron cambios de posición, vibraciones, hiperinsuflación manual y movilizaciones precoces. Ellos midieron la incidencia de la neumonía asociada a la ventilación mecánica y el tiempo que pasaron estos pacientes en la unidad de cuidados intensivos. (8)
- En el segundo ensayo, realizaron cambios de posición, hiperinsuflación manual y vibraciones, dos veces al día. Midieron la incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica y la mortalidad. (9)
- En el tercer ensayo, realizaron cambios de posición, hiperinsuflación manual y succión, seis veces al día. Midieron la incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica y la mortalidad. (10)
- En el cuarto ensayo, realizaron cambios de posición, hiperinsuflación manual, vibraciones, succiones y movilizaciones con intensidad y frecuencia que el fisioterapeuta consideró más adecuada, dos veces al día. Midieron la incidencia de la neumonía asociada a la ventilación mecánica y la mortalidad. (11)
- Y, por último, en el quinto ensayo, realizaron cambios de posición, hiperinsuflación manual y succión, dos veces al día. Midieron la incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica, la duración de la estancia en la unidad de cuidados intensivos y la mortalidad. (12)

Por tanto, todas las intervenciones experimentales, incorporaron al menos cambios de posición e hiperinsuflación manual, con vibraciones y/o succiones. En la mayoría de los grupos control, no recibieron tratamientos de fisioterapia respiratoria.

En cuanto a los resultados, los cinco ensayos informaron sobre la incidencia de la neumonía asociada a ventilación mecánica. La incidencia de la neumonía no obtuvo diferencias significativas entre los grupos experimentales y los controles. Aunque la estimación del riesgo de padecerla favoreció al grupo experimental.

En cuanto al tiempo de estancia en la unidad de cuidados intensivos, tampoco obtuvo unos resultados significativos, aunque la estimación dio que la estancia en UCI era un tercio de día más corto en los grupos experimentales.

En cuanto a la mortalidad, se pudo comprobar, que la fisioterapia respiratoria reduce significativamente la mortalidad. La muerte se produjo un 25 por ciento menos, en los casos experimentales.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se demuestra que la fisioterapia respiratoria parece reducir la mortalidad de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos y estos datos están muy relacionados con la reducción de la incidencia de la neumonía asociada a la ventilación mecánica y a la reducción del tiempo que pasaron estos pacientes en la unidad de cuidados intensivos.

Sin embargo, harían falta más estudios rigurosos para tener la certeza y evidencia científica de que la fisioterapia respiratoria influye en la reducción de los casos de neumonía asociada a la ventilación y al tiempo que estos pacientes precisan estar en la unidad de cuidados intensivos.

6 Bibliografía

1. Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades Vigilancia de las infecciones asociadas a la atención médica en Europa 2007 ECDC, Estocolmo (2012)
2. K.A. John Davis. Neumonía asociada al ventilador: una revisión *J Intensive Care Med*, 21 (2006), pp. 211-226
3. W.G. Melsen, M.M. Rovers, M. Koeman, M.J.M. Bonten. Estimación de la mortalidad atribuible de la neumonía asociada al ventilador a partir de estudios de prevención aleatorizados. *Crit Care Med*, 39 (2011), pp. 2736-2742.
4. M.H. Kollef, C.W. Hamilton, F.R. Ernst Impacto económico de la neumonía asociada al ventilador en una gran cohorte emparejada *Infect Control Hosp Epidemiol*, 33 (2012), pp. 250-256.
5. B. Augustyn. Neumonía asociada al ventilador: factores de riesgo y prevención. *Crit Care Nurse*, 27 (2007), pp. 32-36
6. J.D. Cazador. Neumonía asociada al ventilador. *BMJ*, 344 (2012), Artículo e3325.
7. M. Yang, Y. Yan, X. Yin, B.Y. Wang, T. Wu, G.J. Liu, et al. Fisioterapia torácica para la neumonía en adultos. *Sistema de base de datos Cochrane Rev*, 2 (2013).
8. H. Zeng, Z. Zhang, Y. Gong, M. Chen. Efecto de la fisioterapia torácica en pacientes sometidos a ventilación mecánica: un ensayo prospectivo aleatorizado controlado *Zhongguo Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue*, 29 (2017), pp. 403-406.
9. R.B. Pattanshetty, G.S. Gaude. Efecto de la fisioterapia torácica multimodal en la tasa de recuperación y prevención de complicaciones en pacientes con ventilación mecánica: un estudio prospectivo en unidades de cuidados intensivos médicos y quirúrgicos. *Indian J Med Sci*, 65 (2011), pp. 175-185.

10. S. Patman, S. Jenkins, K. Stiller. La fisioterapia no previene ni acelera la recuperación de la neumonía asociada al ventilador en pacientes con lesión cerebral adquirida. *Intensive Care Med*, 35 (2009), pp. 258-265.
11. M. Templeton, M.G.A. Palazzo. La fisioterapia torácica prolonga la duración de la ventilación en los enfermos críticos ventilados durante más de 48 horas. *Intensive Care Med*, 33 (2007), pp. 1938-1945.
12. G. Ntoumenopoulos, A. Gild, D.J. Peter Cooper. El efecto de la hiperinflación pulmonar manual y el drenaje postural en las complicaciones pulmonares en pacientes con trauma con ventilación mecánica. *Cuidados intensivos de Anaesth*, 26 (1998), pp. 492-496.

Capítulo 320

IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN BEBÉS CON ANQUILOGLOSIA

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

DIEGO MEDINA CRESPO

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

1 Introducción

Definimos anquiloglosia como una limitación en la movilidad de la lengua, debido a un frenillo lingual corto, impidiendo que esta se pueda elevar hasta el alveolo dental superior ni realizar con armonía movimientos laterales.

Se diagnostica anquiloglosia cuando:

- La lengua presenta una incapacidad para sobresalir más de 1-2 mm por delante de los incisivos centrales inferiores.
- La lengua forma muescas en forma de corazón cuando sobresale
- En bebés muy pequeños o prematuros, un frenillo lingual que impide la colocación de los dedos del examinador entre la parte inferior de la lengua y el alvéolo mandibular, se considera como un frenillo lingual restrictivo.

El desarrollo oral y maxilofacial está influenciado por el frenillo lingual y también afecta la respiración, la oclusión, la succión, la deglución, el habla, entre

otros. La anquiloglosia en el recién nacido puede provocar dificultades en la lactancia: dolor y/o erosión del pezón materno o mastitis, escaso aumento de peso y lactancias excesivamente prolongadas.

El término anquiloglosia proviene de la palabra griega que significa “lengua atada”. Es una anomalía congénita en la que el frenillo lingual restringe la movilidad de la lengua. Es más común en recién nacidos, siendo más frecuente en varones que en mujeres (1,5:1 – 2,6:1), debido a sus características genéticas ligadas al cromosoma X causadas por mutaciones en el gen TBX22.

Su prevalencia oscila entre el 0,1 y el 12%. En cuanto a la frecuencia actual de diagnóstico de anquiloglosia en comparación con 20 años antes, ha habido un aumento probablemente relacionado con preocupaciones sobre su impacto en la lactancia materna. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los bebés sean amamantados durante los primeros seis meses y continúen hasta los dos años, junto con la ingesta de alimentos.

Su principal consecuencia es la dificultad en la lactancia materna por movimientos ineficaces de la lengua que provocan una mala adherencia y succión del pezón, provocando dolor y grietas y dificultando la extracción de leche, afectando el desarrollo de la madre y del lactante.

Otros trastornos en adultos también se han relacionado con la anquiloglosia, como problemas con la alimentación sólida, asfixia, náuseas, frustración alimentaria, empuje de la lengua, dificultades del habla y obstrucción de las vías respiratorias.

A los pacientes que presentan esta patología frecuentemente se les ofrece una frenectomía, una intervención quirúrgica que elimina el frenillo, que en ocasiones presenta complicaciones postoperatorias como infecciones, morderse la lengua y sangrado. Existen diferentes procedimientos quirúrgicos como frenotomía, frenulectomía, frenuloplastia, miofrenuloplastia, plastia en Z y plastia en V-Y. Lo más habitual es realizar una frenotomía simple con tijeras o una frenectomía con láser.

La literatura científica respalda la frenotomía temprana en casos graves de anquiloglosia, pero continúa el debate sobre el tratamiento de grados leves y moderados de frenillo, lo que genera grandes variaciones en la práctica clínica.

La fisioterapia se ha utilizado tanto antes como después de la operación para mejorar el pronóstico. Las técnicas utilizadas han incluido ejercicios del habla,

conciencia de la morfología de la cavidad bucal y terapia miofuncional (TMF) que implica estiramientos, ejercicios y masajes extrabucal e intrabucal. La TMF puede conducir a la liberación del frenillo mediante estimulación intraoral y extraoral sin necesidad de cirugía.

2 Objetivos

- Determinar la importancia de la terapia miofuncional en bebés con anquiloglosia.
- Conocer cómo se complementan la intervención quirúrgica y fisioterapéutica en el abordaje de la anquiloglosia presente en bebés.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica, se ha recopilado información a través de las bases de datos de Pubmed, ScienceDirect y PEDro.

A lo largo de la búsqueda de bibliografía se han aplicado una serie de criterios de inclusión:

- Que los estudios utilizados fueran ensayos clínicos, revisiones bibliográficas o revisiones sistemáticas.
- Que los estudios estuvieran publicados durante estos últimos diez años.
- Que los sujetos utilizados en los estudios fueran bebés de 0 a 2 años.

En todas las bases de datos, las palabras clave comprendía los términos de: “ankyloglossia”, “frenotomy” “physiotherapy” y “breastfeeding”, combinándolas entre ellas utilizando los operadores booleanos “OR” y “AND”.

4 Resultados

En términos de resultados, tras la frenotomía hubo mejoras en la producción de sonidos del habla, duración de la lactancia materna, dolor de la madre, aumento de peso, movilidad de la lengua, fuerza y resistencia de la lengua, síndrome de apnea obstructiva del sueño, respiración bucal y ronquidos, calidad de vida, tensión miofascial y dolor.

En cuanto a las intervenciones, la opción de la frenotomía es el método más utilizado para la liberación del frenillo lingual en la población neonatal e infantil y es eficaz para la mejora de los síntomas causados por la anquiloglosia. Además,

este tipo de intervención no está relacionada con complicaciones graves. Las complicaciones más frecuentes han sido dolor, infecciones o hemorragias.

Para lograr una óptima solución de la anquiloglosia, también se debe tener en cuenta el tratamiento conservador, siendo fundamental el trabajo de un equipo multidisciplinar. La terapia miofuncional (TMF) podría ser el único método de tratamiento en algunos casos de anquiloglosia y, en los casos en que sea necesaria la cirugía, sería una parte esencial que podría complementarlo. La TMF puede ser realizada tanto por logopedas como por fisioterapeutas. La parte más funcional, que incluye estiramientos, ejercicios y masoterapia intrabucal y extrabucal sería impartida por un fisioterapeuta, y el trabajo relacionado con el área de lenguaje, la desarrollaría un logopeda.

La frecuencia óptima para la realización de los ejercicios miofuncionales oscila entre una o dos veces al día o tres veces al día. Las repeticiones de los ejercicios son variables entre los estudios que las especificaron: series de 3 a 5 minutos. Se realizan unos ocho ejercicios diferentes, haciendo dos series de 15 repeticiones en cada ejercicio que se propone.

Sería ideal que la terapia miofuncional pueda realizarse durante un año o incluso más, para prevenir la recaída de hábitos motores orales disfuncionales, promover la respiración nasal exclusiva y garantizar la habituación a largo plazo de la postura oral ideal en reposo.

Sin embargo, por lo general, el tratamiento de TMF suele realizarse durante 4 semanas. De ahí en adelante, la adherencia al tratamiento por parte de la familia disminuye significativamente.

Dentro de la terapia miofuncional, las técnicas más destacables son:

- Masaje fascial:
 - masaje de roce superficial y profundo en sentido de las fibras, contrario a las arrugas
 - Técnica “dedo sobre dedo”: en sentido del estiramiento del tejido
- Objetivo: relajar/estimular la musculatura para favorecer la función y la conducta alimentaria saludable
- Técnicas intraorales:
 - Masaje circular en las encías de las zonas vestibulares.
 - Masaje del paladar duro, masaje de la lengua, y movilizaciones linguales.
- Ejercicios tras frenotomía:
 - Relajación y estiramiento del músculo genioglosa.

- Estímulo del aumento de tono del músculo estilodigloso, para elevar la lengua y moldear el paladar.

Controversia:

- A las madres y los padres les cuesta trabajo realizar estos ejercicios.
- No existe un consenso en cuanto al programa de ejercicios.
- No suelen realizarse seguimientos de tutela en la práctica de estos ejercicios, y los padres muestran un bajo nivel de adherencia al tratamiento.
- Los/as fisioterapeutas tenemos competencia profesional en este campo, sin embargo, son pocos los profesionales expertos en esta función, y además, existe un importante déficit de derivación interprofesional.

5 Discusión-Conclusión

Según la literatura consultada en esta revisión, la cirugía es más efectiva que la terapia miofuncional, aunque se obtienen mejores resultados si se combinan ambas. Se han encontrado mejoras en los bebés y sus madres con respecto al dolor materno, el aumento de peso de los bebés y la duración de la lactancia materna. Por otro lado, en niños y adultos mejora la movilidad de la lengua, la fuerza y la resistencia, la apnea del sueño, la respiración bucal y los ronquidos, la calidad de vida, el apretar los dientes, la tensión miofascial, el dolor postoperatorio y la producción de sonidos del habla.

Estos hallazgos deben tomarse con cautela debido al pequeño número de artículos y su calidad. Se necesitan futuros ensayos clínicos que utilicen tamaños de muestra más grandes y con mayor calidad metodológica. En general, se espera que la terapia miofuncional tenga un impacto positivo en los pacientes con anquiloglosia.

La anquiloglosia relacionada con dificultades para amamantar debe ser tratada por un equipo multidisciplinario. Hemos encontrado una alta prevalencia de la condición, ya que la población estudiada son bebés recién nacidos con problemas de succión. Si es necesaria una frenotomía, se recomienda estimular la succión con terapia miofuncional antes y después de la cirugía para evitar la retracción de la cicatriz.

6 Bibliografía

- María Del Puerto González Garrido, Cristina Garcia-Munoz, Manuel Rodríguez-Huguet, Francisco Javier Martin-Vega, Gloria Gonzalez-Medina, Maria Jesus Vinolo-Gil. Effectiveness of Myofunctional Therapy in Ankyloglossia: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 28;19(19):12347.
- E Ferrés-Amat, T Pastor-Vera, P Rodriguez-Alessi, E Ferrés-Amat, J Mareque-Bueno, E Ferrés-Padró. The prevalence of ankyloglossia in 302 newborns with breastfeeding problems and sucking difficulties in Barcelona: a descriptive study. *Eur J Paediatr Dent*. 2017 Dec;18(4):319-325.
- Silvia Márcia Andrade Campanha, Roberta Lopes de Castro Martinelli, Durval Batista Palhares. Association between ankyloglossia and breastfeeding. *Codas*. 2019 Feb 25;31(1):e20170264.
- Richard Baxter, Robyn Merkel-Walsh, Barbara Stark Baxter, Ashley Lashley, Nicholas R Rendell. Functional Improvements of Speech, Feeding, and Sleep After Lingual Frenectomy Tongue-Tie Release: A Prospective Cohort Study. *Clin Pediatr (Phila)*. 2020 Sep;59(9-10):885-892.
- Elvira Ferrés-Amat, Tomasa Pastor-Vera, Eduard Ferrés-Amat, Javier Mareque-Bueno, Jordi Prats-Armengol, Eduard Ferrés-Padró. Multidisciplinary management of ankyloglossia in childhood. Treatment of 101 cases. A protocol. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016 Jan 1;21(1):e39-47.

Capítulo 321

EFECTOS DE LA APLICACIÓN DE FISIOTERAPIA CON EJERCICIO TERAPÉUTICO EN EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA.

ANA MARÍA MARTÍN TALAVERA

MIRIAN MORATO LÓPEZ

1 Introducción

El síndrome de fatiga crónica, también conocida como encefalomiелitis miálgica, es una enfermedad grave y de larga duración, que afecta de manera multisistémica al organismo.

Su etiología es desconocida, pero es posible que se necesiten dos o más desencadenantes para causar la enfermedad.

Con frecuencia, el síndrome puede impedir, que la persona que lo padece no pueda realizar sus actividades cotidianas con normalidad.

El síndrome de fatiga crónica puede afectar a cualquier persona y a cualquier edad, pero es más frecuente en personas de entre cuarenta y sesenta años, con mayor prevalencia en mujeres frente a los hombres. Los síntomas principales son: fatiga severa que no mejora con el reposo y que empeora considerablemente después de realizar cualquier actividad física o mental, problemas del sueño, problemas de concentración y del pensamiento, algias y mareos.

Es impredecible, ya que sus síntomas pueden aparecer y desaparecer de un momento a otro y pueden cambiar sus características con el tiempo. Diagnosticar el

síndrome de fatiga crónica no es sencillo debido a que en la actualidad no existen pruebas para detectarlo. El médico debe descartar antes otras patologías. Actualmente, no existe cura para este síndrome, pero sí para el tratamiento de alguno de los síntomas. Esta revisión bibliográfica quiere comprobar el efecto que tiene implementar un programa de fisioterapia con ejercicio terapéutico y ver su influencia en los síntomas que provoca.

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión bibliográfica es comprobar los efectos de aplicar fisioterapia a través del ejercicio terapéutico en personas diagnosticadas de síndrome de fatiga crónica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tras una exhaustiva revisión bibliográfica se seleccionaron cinco ensayos controlados aleatorizados.

En total, se seleccionaron mil seiscientos cuarenta y dos personas, diagnosticadas de síndrome de fatiga crónica, a través de los criterios de Oxford y de los criterios de los centros para el control y la prevención de enfermedades de mil novecientos noventa y cuatro.

El tiempo que debían permanecer estas personas en el ensayo, varió entre doce a veintiséis semanas.

En cuatro de los ensayos, el grupo experimental, debía realizar ejercicios aeróbicos supervisados por fisioterapeutas, como caminar, montar en bicicleta, bailar o nadar. Y en uno de los ensayos sometieron al grupo experimental a un tratamiento con ejercicios anaeróbicos.

En cuanto a los grupos control, realizaron diferentes terapias, como relajación,

trabajo de la flexibilidad, terapia cognitivo-conductual y/o tratamiento farmacológico.

Los investigadores compararon los resultados entre el grupo control con ejercicio terapéutico, ya sea con ejercicio aeróbico en cuatro de los ensayos y ejercicio anaeróbico en uno de ellos, frente al grupo control que realizó diferentes terapias de tipo pasivo.

La escala utilizada para medir la fatiga, fue la Escala de Borg. Se evidenció de manera significativa una mejora considerable de la fatiga al finalizar el tratamiento de los pacientes del grupo experimental. Además, el grupo experimental, experimentó una mejora en el sueño, la capacidad funcional, la percepción de mejora en la salud en general, y, por tanto, una mejora en los casos de depresión y ansiedad, y de la calidad de vida. Pero se demostró que el grupo que realizó ejercicio anaeróbico, presentaba mayor fatiga tras la realización del ejercicio.

Sin embargo, no se obtuvieron resultados significativos, en cuanto a la disminución del dolor. En este caso, solo se pudieron comprobar mejoras en el grupo control, cuyo tratamiento fue el suministro de tratamiento farmacológico para sus síntomas.

5 Discusión-Conclusión

Tras este estudio, se comprueba que la aplicación de ejercicio terapéutico, ya sea aeróbico o anaeróbico, mejora la percepción de la fatiga de las personas diagnósticas de síndrome de fatiga crónica y no empeora los síntomas. Aunque sería más recomendable el uso de ejercicio aeróbico frente al anaeróbico, debido a que, tras finalizar el ejercicio anaeróbico, el paciente presenta mayor fatiga que con el aeróbico, y los resultados finales, en cuanto a la reducción de la percepción de fatiga, son iguales. Además de la reducción de fatiga, se produce una mejora en la calidad del sueño, de la capacidad funcional y, por tanto, una mejora de la calidad de vida, traduciéndolo en una reducción de los casos de depresión y ansiedad.

Sin embargo, el ejercicio terapéutico no produce una mejora en el dolor de estos pacientes. Por lo que, serían necesarios más ensayos con una muestra mayor, para obtener mejores resultados e incluso especificar más el tipo de ejercicio, la intensidad y el tiempo.

6 Bibliografía

1. Wearden AJ. Randomised controlled trial of nurse-led self-help treatment for patients in primary care with chronic fatigue syndrome. The

- FINE trial (Fatigue Intervention by Nurses Evaluation) ISRCTN74156610, 2001. <http://www.controlled-trials.com/ISRCTN74156610/ISRCTN74156610>
2. Sharpe MD, Goldsmith KA, Johnson AL, Chalder T, Walker J, White PD. Tratamientos de rehabilitación para el síndrome de fatiga crónica: seguimiento a largo plazo del ensayo PACE. *Lancet Psychiatry* 2015: ePub antes de la impresión. [DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00317-X]
 3. Jason L, Torres-Harding S, Friedberg F, Corradi K, Njoku M Donalek J, et al. Non-pharmacologic interventions for CFS: a randomized trial. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2007; 172:485-90.
 4. Hlavaty LE, Brown MM, Jason LA. The effect of homework compliance on treatment outcomes for participants with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Rehabilitation Psychology* 2011;56(3):212-8.
 5. Moss-Morriss R, Sharon C, Tobin R, Baldi JC. A randomized controlled graded exercise trial for chronic fatigue syndrome: outcomes and mechanisms of change. *Journal of Health Psychology* 2005;10(2):245-59.
 6. White PD, Goldsmith KA, Johnson AL, Potts L, Walwyn R, DeCesare JC, et al. Comparison of adaptive pacing therapy, cognitive behaviour therapy, graded exercise therapy, and specialist medical care for chronic fatigue syndrome (PACE): a randomised trial. *The Lancet* 2011; 377:611-90.
 7. Larun, L., Odgaard-Jensen, J., Price, J. R., & Brurberg, K. G. (2016). An abridged version of the Cochrane review of exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 52(2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26375519/>

Capítulo 322

CASO CLÍNICO DE FISIOTERAPIA: PACIENTE CON DISFUNCIONES ARTICULARES Y NEURODINÁMICA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO

JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES

SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ

LAURA RODRIGUEZ LOZANO

GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ

RAFAEL BAEZA MONSALVE

1 Introducción

La terapia manual es una parte de la Fisioterapia constituida por el conjunto de métodos y actos con la finalidad terapéutica y/o preventiva que aplicamos manualmente sobre los tejidos musculares, óseos, conjuntivos y nerviosos. Obtiene, de forma directa y/o refleja, reacciones fisiológicas que equilibran y normalizan las diversas alteraciones musculares, osteoarticulares, orgánicas y funcionales, así como sus manifestaciones dolorosas.

Vista la definición de terapia manual, está claro que es una parte muy importante en la labor de los fisioterapeutas, ya que engloba muchas de las técnicas que realizamos en nuestro día a día para llevar a cabo nuestra labor, que es la de

recuperar y mantener el estado de salud y prevenir posibles lesiones. Dentro de ella se encuentra el diagnóstico manual, que junto a una detallada anamnesis, nos permitirá la correcta utilización terapéutica de las distintas técnicas de terapia manual.

Por todo esto, resulta interesante realizar casos clínicos en los cuales se pongan en práctica todas estas habilidades que nos ofrece la terapia manual, para ver su capacidad diagnóstica y resolutive de las disfunciones mecánicas de los distintos tejidos que podamos encontrar en los pacientes que nos llegan a consulta. Los casos clínicos como el que aquí se expondrá ayudan a concienciarnos de que el origen de una lesión puede ser multifactorial.

2 Objetivos

- Demostrar la eficacia de la terapia manual a la hora de diagnosticar disfunciones a nivel articular y neurodinámico.
- Ver la eficacia de las técnicas de terapia manual como tratamiento fisioterapéutico.

3 Caso clínico

El caso clínico que aquí se presenta trata de una mujer de 29 años que acude a consulta por un dolor en la cadera izquierda y en el pie izquierdo. Refiere una evolución de 6 meses, en los cuales el dolor comenzó levemente en la cadera, tras haber iniciado la modalidad deportiva de Crossfit, realizando una sentadilla. A los 2 meses de haber comenzado, abandona esta práctica para continuar con su anterior rutina deportiva, que consiste en entrenamiento funcional y correr. Durante ese periodo de tiempo se ha tratado la lesión como una sobrecarga muscular de los músculos de la cadera, notando mejoría con el tratamiento, pero sin resolverse por completo el problema. 4 meses después de empezar con el problema, cada vez se le agudiza más el dolor y le causa cojera al caminar. En ese punto comienza a dolerle también la planta del pie, en la zona de la fascia plantar. Su actividad deportiva se ve muy atenuada por su situación física.

Observación clínica

Diagnóstico de Fisioterapia.

Teniendo en cuenta todos los datos extraídos en la valoración, se puede llegar a las siguientes conclusiones:

- Pubis inferior derecho debido a que el test de bipedestación es positivo a la derecha y se encuentra la rama derecha del pubis inferior con respecto a la

izquierda.

- Torsión anterior del sacro Derecho/Derecho (D/D), ya que encontramos la base sacra izquierda profunda y el ángulo inferolateral del sacro (AIL) derecho prominente y hay una buena nutación del sacro.
- Iliaco derecho posterior, debido a que la espina iliaca antero superior (EIAS) derecha la encontramos superior y el test de bipedestación era positivo a la derecha.
- Disfunción articular en la vértebra L4 en extensión, rotación e inclinación izquierda (ERSL) y en la L5 en flexión, rotación e inclinación derecha (FRSD).
- Puntos gatillos miofasciales (PGMs) activos en músculos sartorio, aductor largo y mayor, recto femoral y gastrocnemio interno.
- Hipertonía de glúteos e isquiotibiales.
- Astrágalo anterior y escafoides supinado.
- Disfunción por deslizamiento del nervio ciático, especialmente el nervio tibial también llamado ciático poplíteo interno.

Plan de tratamiento.

Tras la valoración de la paciente se procede al tratamiento de todas aquellas anomalías encontradas en esta. El tratamiento se divide en 3 fases: tratamiento de la musculatura, tratamiento de las disfunciones articulares y por último tratamiento neurodinámico.

En primer lugar, se procede a tratar la musculatura mediante punción seca en los puntos gatillo activos encontrados. Tras la realización de la punción se realizan estiramientos y masaje local en los músculos donde se ha realizado. También se realizan técnicas de partes blandas en la musculatura lumbar, tales como amasamientos transversales, estrujamientos e inhibición del psoas iliaco. Se intenta bajar el tono de la musculatura glútea e isquiotibiales mediante presiones deslizantes y amasamientos.

Una vez se ha tratado toda la musculatura se procede a tratar las disfunciones articulares mediante técnicas de energía muscular, lumbar roll, movilizaciones sin y con impulso.

Una vez realizadas todas las correcciones articulares, se procede al tratamiento neurodinámico del nervio ciático, comenzando de proximal a caudal para liberar todo el recorrido del nervio. Se utiliza la masoterapia, movilizaciones, estiramientos y movilizaciones neuromeníngeas. Se enseñan ejercicios neurodinámicos para realizar en casa.

4 Discusión-Conclusión

Las conclusiones que se pueden extraer de este caso clínico es que varios factores pueden estar interviniendo en una misma lesión. Por un lado, tenemos en esta paciente varias disfunciones a nivel de la columna lumbar, de la pelvis y del pie izquierdo. Por otro lado, tenemos un gran número de Puntos gatillos miofasciales (PGMs) en la musculatura cercana a la cadera y pelvis. También se ha detectado un movimiento reducido del nervio ciático, concretamente el nervio ciático poplíteo interno o nervio tibial. Teniendo todo esto en cuenta, su dolor podría tener origen tanto muscular, como articular, como nervioso.

La conclusión más clara que se puede extraer es la importancia de una buena anamnesis y valoración en la historia clínica, ya que será la clave para el posterior éxito del tratamiento.

Nos podemos apoyar en artículos como el de Fraser JJ, quien demuestra que la terapia manual está claramente asociado con una mejor función y puede estar asociado con la reducción del dolor en pacientes con fascitis plantar.

Además, el artículo de Sánchez-Infanta J. apoya el efecto de la punción seca entre 1 y 3 semanas aplicada por fisioterapeutas puede ser más eficaz que otras técnicas.

5 Bibliografía

1. Colegio oficial de fisioterapeutas de La Rioja [Sede web]. Logroño: Coflarioja [consultado el 15 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.coflarioja.org/fileadmin/usuario/pdf/Terapias_manuales/Definicion_de_Terapia_Manual.pdf
2. Fraser JJ, Corbett R, Donner C, Hertel J. Does manual therapy improve pain and function in patients with plantar fasciitis? A systematic review. *J Man Manip Ther.* 2018;26(2):55-65. doi:10.1080/10669817.2017.1322736
3. Sánchez-Infante J, Navarro-Santana MJ, Bravo-Sánchez A, Jiménez-Díaz F, Abián-Vicén J. Is Dry Needling Applied by Physical Therapists Effective for Pain in Musculoskeletal Conditions? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys Ther.* 2021;101(3):pzab070. doi:10.1093/ptj/pzab070

Capítulo 323

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LOS CENTROS EDUCATIVOS ORDINARIOS

JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES

SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ

LAURA RODRIGUEZ LOZANO

GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ

RAFAEL BAEZA MONSALVE

1 Introducción

La figura del fisioterapeuta escolar es aún desconocida por una gran parte de la población, resultando extraño que exista este profesional dentro del ámbito educativo. Aún más desconocida es su función dentro de las escuelas, como trabaja y que alumnado es objeto de sus servicios. Incluso entre los profesionales de la fisioterapia hay quienes no conocen esta salida profesional, y es que poco o nada se habla de ella en las escuelas de fisioterapia de las universidades.

Si es sabida la presencia de fisioterapeutas en los centros de educación especial, donde se suele asociar su función a un enfoque más rehabilitador y terapéutico. Esto es porque encontramos alumnos con discapacidades motoras de una manera más evidente, pero el papel del fisioterapeuta escolar es el mismo, tanto en centros de educación especial como en ordinarios.

El fisioterapeuta escolar constituye un recurso personal que forma parte del conjunto de actuaciones y medidas de inclusión educativa, para favorecer el aprendizaje, el desarrollo, la participación y el desarrollo de las capacidades funcionales del alumnado que lo precise, en el contexto del aula, centro y comunidad educativa. Facilita el asesoramiento a la comunidad educativa para favorecer entornos accesibles de aprendizaje e interviene, únicamente desde el ámbito educativo, con el alumnado que lo precise, favoreciendo sus capacidades funcionales para que esté presente, participe y aprenda en el contexto educativo.

2 Objetivos

- Determinar el papel y las funciones, que desarrolla el fisioterapeuta en el ámbito educativo ordinario.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos como PubMed y Google Scholar de artículos científicos publicados en los últimos 10 años. Las publicaciones debían contener al menos dos de las siguientes palabras clave: “fisioterapia”, “escuela” y/o “fisioterapeuta educativo”.

4 Resultados

Tras realizar la búsqueda bibliográfica es evidente que hay pocos artículos al respecto, siendo más numerosos los relacionados con la educación especial. Se han encontrado 3 artículos que están relacionados con la situación del fisioterapeuta en los centros educativos españoles y con el rol que desempeña este dentro de los colegios.

El artículo de García-González artículos habla de la presencia de fisioterapeutas en los colegios españoles, cuyos datos fueron recogidos a través de encuestas ya que no hay publicaciones al respecto ni un censo donde poder consultar, y la conclusión que saca es que la mayoría trabajan en los centros de educación especial, siendo un número muy limitado aquellos que lo hacen en los centros ordinarios. Además hay una desigualdad notoria entre distintas Comunidades Autónomas, ya que hay comunidades donde el fisioterapeuta no atiende centros ordinarios, y solo un 28,4% de los encuestados afirma estar integrado en el equipo de orientación y apoyo.

Los fisioterapeutas realizan su actuación en su mayoría en centros de educación especial, mientras que en centros ordinarios lo hacen muy pocos. Además hay muchas diferencias entre comunidades autónomas en cuanto a los centros donde se lleva a cabo y las condiciones en las cuales se contrata a los fisioterapeutas.

El artículo de Retamal Matus habla sobre la valoración de otros profesionales de la actuación del fisioterapeuta educativo. El objetivo marcado era ver qué valoración hacían los demás profesionales pertenecientes a los centros escolares hacia el fisioterapeuta y sus funciones dentro de los centros educativos. Los resultados fueron positivos, pues la figura del fisio fue muy bien valorada, y se le atribuyeron competencias para varias áreas, siendo la más importante el área relacionada con la inclusión y la discapacidad. Se consideró al fisio un profesional versátil y que lleva a cabo labores importantes en los colegios para promover el aprendizaje de los estudiantes.

Por último, se encontró una revisión sistemática sobre artículos que hablan del rol del fisioterapeuta en el entorno escolar. Con los 9 artículos que escogieron llegaron a la conclusión de que en relación con el rol del fisioterapeuta, se observó que son 5 las actividades llevadas a cabo principalmente, siendo la más representativa la inclusión escolar, seguida por la asesoría al docente, promoción de la actividad física, rehabilitación en la escuela y psicomotricidad.

5 Discusión-Conclusión

Hay poca bibliografía a cerca de la fisioterapia educativa, y la mayoría se centra en los centros de educación especial, que es donde trabajan la mayoría de los fisioterapeutas educativos. Pocos son los que lo hacen en centros ordinarios, y hay una gran diferencia entre comunidades autónomas en cuanto a las condiciones de esta figura profesional. Hay comunidades donde no hay fisioterapeutas en centros ordinarios, y donde si los hay, su integración dentro del equipo docente es muy dispar, siendo la minoría los que pertenecen al equipo de orientación y apoyo, que es donde debe estar presente debido a su rol principal, que es el de la inclusión como hemos deducido con estos artículos.

En cuanto a la valoración que tienen los docentes del fisioterapeuta educativo, es muy buena, porque lo ven valioso para fomentar la inclusión y participación de los alumnos con necesidades especiales, incluso para otros alumnos, ya que son un agente sanitario que puede beneficiar a la comunidad educativa con sus conocimientos de prevención y hábitos saludables. No obstante, muchos docentes siguen desconociendo la figura del fisioterapeuta educativo y no tienen clara su función dentro del centro.

Respecto al rol del fisioterapeuta educativo, cada vez está más relacionado con la inclusión, intentando dejar de lado el enfoque más clínico que se tiene, ya que es el principal campo de actuación de este profesional de la salud. Por ellos sería interesante que la formación de los fisioterapeutas en las universidades incluyese este campo que cada vez se abre más camino dentro del mundo educativo. También sería importante que se realizasen más estudios al respecto, ya que son escasos y más bien descriptivos. Sería de gran ayuda saber qué tipo de intervención beneficia más a los alumnos con necesidades, que limitaciones tiene el fisioterapeuta al trabajar en un entorno para el cual no ha sido preparado y sobre todo, aportar evidencia científica de que su figura es relevante dentro del equipo educativo.

6 Bibliografía

1. A. García-González, A. Pérez-Caramés, A. Martínez-Rodríguez, A. Silvestre-Vicent, C. Matey-Rodríguez, V. Robles-García, Análisis de la situación de la fisioterapia en los centros educativos en España, *Fisioterapia*, Volume 44, Issue 3, 2022, Pages 163-172
2. H. Retamal Matus, A. Fernández Elgueta, Á. Barría Torres, M. Osorio Muñoz, D. Rodríguez Santana, Valoración del rol profesional del fisioterapeuta en Educación Escolar: estudio descriptivo y correlacional, *Fisioterapia*, Volume 40, Issue 2, 2018, Pages 73-78
3. Hoyos-Quintero Ángela María, Sandoval Daniel, Palacios Felipe, Cantoñi Laura, Erazo Nicolás. Rol del fisioterapeuta en el entorno escolar. Revisión sistemática. *Iatria* [Internet]. junio de 2022 [citado el 16 de agosto de 2023]; 35(2): 141-150

Capítulo 324

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS EFECTOS DE LA TERAPIA DE TRACCIÓN MECÁNICA REALIZADA POR FISIOTERAPEUTAS EN PACIENTES CON HERNIA DE DISCO LUMBAR

JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES

SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ

LAURA RODRIGUEZ LOZANO

GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ

RAFAEL BAEZA MONSALVE

1 Introducción

Los discos intervertebrales tienen la función de repartir las cargas y dotar de movilidad a la columna vertebral. Están formados en su exterior por un anillo fibroso que contiene en su interior el núcleo pulposo, con aspecto gelatinoso. La columna se ve expuesta a fuerzas externas y con el paso del tiempo el disco se debilita y puede llegar a romperse, se produce entonces la hernia discal, pudiendo

desplazarse el núcleo pulposo hasta el exterior del disco, lo cual puede comprometer las estructuras nerviosas de la zona, como la médula espinal o las raíces nerviosas que salen de esta.

Los síntomas que pueden producir son dolor, alteraciones de la sensibilidad y debilidad, los cuales pueden irradiarse por las piernas o los brazos. En el caso del miembro inferior y con hernias discales lumbares, estos síntomas se darán en la pierna, dando lugar a la famosa ciática. También se dan casos en los que la hernia discal no provoca síntomas, no sabiendo el sujeto de su existencia.

A pesar de ser muchas las personas que sufren de dolor de espalda (se cree que el 80% de la población padecerá de dolor de espalda en algún momento a lo largo de su vida), la hernia discal no suele ser la causa, siendo más común problemas musculares y articulares.

El principal problema de las hernias discales lumbares es cuando provocan la ciática y comprometen la integridad del nervio, pudiendo causar daños crónicos si la presión sobre él no disminuye. Por lo general no es necesaria la intervención quirúrgica y con el tratamiento convencional suelen remitir los síntomas.

Dentro del tratamiento convencional se ha venido usando a lo largo de los años la tracción mecánica, donde se realiza mediante aparatos una distracción de las vértebras para dejar espacio al disco intervertebral y supuestamente baje la presión que este ejerce sobre el nervio.

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer la evidencia científica que hay acerca de la tracción mecánica aplicada sobre hernias discales lumbares y qué efectos tiene en los pacientes que la reciben.

3 Metodología

Se han buscado artículos científicos de los últimos 10 años en las bases de datos PubMed y Google Scholar, utilizando las palabras clave “hernia discal” y “tracción mecánica”. Entre la evidencia que se ha encontrado, se han escogido 5 artículos que cumplieran con estas características.

4 Resultados

El primer artículo analizado de Wang W., un metaanálisis, arrojan como conclusión que la tracción mecánica puede llegar a aliviar el dolor lumbar y la ciática en pacientes con hernia de disco lumbar, pero el efecto sobre la movilidad de la columna no es significativo. El efecto terapéutico de la tracción mecánica fue significativamente mejor que el grupo control donde se aplicó fisioterapia convencional. Pese a los resultados, dicen que son necesarios más estudios con muestras más relevantes para concluir algunos resultados de algunos de estos artículos, los cuales dicen que la tracción mecánica lumbar puede reducir el grado de la hernia discal y disminuir la necesidad de cirugía significativamente. Además hay artículos que dicen que hay efectos a largo plazo, mientras que otros dicen que solo existen a corto plazo.

En el segundo artículo de Karimi N., un ensayo clínico, donde participaron 15 pacientes con hernia discal lumbar a los que se les aplicó un protocolo de tracción lumbar segmentaria, el resultado fue que la masa herniada disminuía y el dolor de los pacientes también se reducía significativamente. Además, el rango de movimiento en flexión lumbar mostró una mejora significativa. Sin embargo, no hubo cambios significativos en la resistencia de los músculos extensores de la espalda tras el tratamiento.

El tercer artículo de Cheng YH, una revisión sistémica y metaanálisis, tuvo como resultado que en comparación con el grupo control donde se simulaba la tracción o donde no se hacía tracción, la tracción lumbar mostró una reducción significativamente mayor del dolor y mejoras funcionales a corto plazo, pero no a largo plazo. En este artículo no hubo evidencia que respaldase los efectos de la tracción mecánica para reducir el tamaño de la hernia discal.

En el cuarto artículo de Vanti C., un metaanálisis, en los resultados se vio que para el dolor y la discapacidad en radiculopatías lumbares, existe una efectividad a corto plazo de la tracción mecánica en posición supina cuando se añade la fisioterapia convencional.

Por último, en el quinto estudio de Jocelyne Dayanara en sus resultados dice que hay algunos estudios donde las mejoras han sido significativas en pacientes con tracción respecto a los que solo se les aplicó fisioterapia tradicional. Pero a la vez, hay otros estudios donde se comprobó que las diferencias entre los pacientes tratados mediante tracción mecánica y los pacientes con otros tratamientos como fisioterapia y medicación no eran significativamente relevantes, es decir, los beneficios no eran mayores a otras terapias, aunque sí que los había. La conclusión de este artículo es que aunque hay beneficios teóricos con la tracción para pa-

cientes con compresión del disco, los resultados no han sido muy pronunciados. Además, al no existir protocolos estandarizados ni estudios bien diseñados, es difícil evaluar la eficacia de la tracción en comparación con un control.

5 Discusión-Conclusión

Tal y como se ha visto en los estudios analizados, la tracción mecánica lumbar tiene beneficios sobre las hernias discales lumbares, mejorando el dolor y la funcionalidad. También mostró ser efectiva en pacientes con radiculopatías lumbares.

En cuanto a reducir el tamaño de la hernia, hay estudios que evidencian que si y otros que no, por lo que no podemos concluir nada respecto a este parámetro que se midió.

Los resultados son heterogéneos, habiendo estudios donde la tracción mecánica es superior a la fisioterapia convencional y otros donde no. Lo que si está claro es que la tracción mecánica, ya sea con fisioterapia convencional o no, tiene beneficios significativos.

A pesar de haber una cantidad significativa de literatura al respecto, falta por determinar si los efectos son solo a corto plazo o si también se prolongan en el tiempo más allá de los 3 meses. En cuanto a la reducción del tamaño de la masa de la hernia, sería interesante realizar los estudios con un grupo control, para ver si realmente este es un efecto de la tracción mecánica o no. También sería interesante poder conseguir un protocolo de intervención con esta técnica, para poder realizar estudios de calidad y comparar resultados.

Como conclusión, la tracción mecánica es efectiva para reducir el dolor y mejorar la funcionalidad a corto plazo en pacientes con hernias discales, por lo que puede ser una herramienta más en el tratamiento de este tipo de patologías.

6 Bibliografía

1. Wang W, Long F, Wu X, Li S, Lin J. Clinical Efficacy of Mechanical Traction as Physical Therapy for Lumbar Disc Herniation: A Meta-Analysis. *Comput Math Methods Med.* 2022;2022:5670303. Published 2022 Jun 21. doi:10.1155/2022/5670303.
2. Karimi N, Akbarov P, Rahnama L. Effects of segmental traction therapy on lumbar disc herniation in patients with acute low back pain measured by magnetic resonance imaging: A single arm clinical trial. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2017;30(2):247-253. doi:10.3233/BMR-160741.

3. Cheng YH, Hsu CY, Lin YN. The effect of mechanical traction on low back pain in patients with herniated intervertebral disks: a systemic review and meta-analysis. *Clin Rehabil.* 2020;34(1):13-22. doi:10.1177/0269215519872528.
4. Vanti C, Panizzolo A, Turone L, et al. Effectiveness of Mechanical Traction for Lumbar Radiculopathy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys Ther.* 2021;101(3):pzaa231. doi:10.1093/ptj/pzaa231.
5. Jocelyne Dayanara PA. Tracción vertebral en el tratamiento fisioterapéutico de hernia discal y dolor lumbar [Internet]. *dspace.unach.edu.ec*. 2021 [cited 2023 Aug 23]. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7554>.

Capítulo 325

COMPARACIÓN ENTRE PROGRAMAS DE EJERCICIO COMO TRATAMIENTO DE LA TENDINOPATÍA DE MANGUITO ROTADOR. REVISIÓN DEL FISIOTERAPEUTA

SONIA GARCÍA GARCÍA

CRISTINA HERRERO MARTÍN

LAURA ROMO DE LA LLAVE

PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA

MARÍA FRANCISCA MANSILLA REBOTO

1 Introducción

La tendinopatía del manguito rotador es una afección dolorosa que afecta a la articulación del hombro y puede limitar significativamente la función y calidad de vida de quienes la padecen. En la búsqueda constante de soluciones efectivas, los profesionales de la fisioterapia han desarrollado y aplicado diversos programas de ejercicio como parte del tratamiento para aliviar los síntomas y mejorar la función en los pacientes con esta condición.

Esta revisión sistemática se adentra en el terreno de la fisioterapia y la medicina deportiva, con el objetivo de comparar los diferentes programas de ejercicio

utilizados en el tratamiento de la tendinopatía del manguito rotador. A través de un análisis exhaustivo de la literatura científica y médica disponible, se busca evaluar la eficacia relativa de estos programas en términos de reducción del dolor, mejora de la función del hombro, y la potencial aceleración del proceso de recuperación.

Al explorar y comparar los resultados de varios estudios clínicos y ensayos controlados aleatorios, esta revisión busca arrojar luz sobre las diferencias en los enfoques de ejercicio, la duración de los programas, la progresión de la intensidad y otros factores que podrían influir en los resultados terapéuticos. A través de un análisis crítico y una síntesis de la evidencia disponible, se pretende proporcionar una guía informada a los profesionales de la fisioterapia para la toma de decisiones clínicas en la selección y adaptación de programas de ejercicio como parte del tratamiento de la tendinopatía del manguito rotador.

En última instancia, esta revisión sistemática se presenta como una herramienta valiosa para aquellos involucrados en el tratamiento y manejo de pacientes con tendinopatía del manguito rotador, al ofrecer una visión panorámica de las opciones de ejercicio disponibles y sus respectivas implicaciones terapéuticas.

2 Objetivos

- Informar sobre opciones terapéuticas: Uno de los objetivos principales es proporcionar al lector una comprensión sólida y actualizada de las diversas opciones de programas de ejercicio utilizados en el tratamiento de la tendinopatía del manguito rotador. Esto permitirá al lector estar informado acerca de las diferentes estrategias terapéuticas disponibles y sus beneficios potenciales.
- Evaluar la eficacia relativa: A través de la revisión de la literatura científica, el trabajo tiene como objetivo comparar y contrastar los resultados de diferentes estudios que han investigado la eficacia de los programas de ejercicio. Esto ayudará al lector a comprender qué enfoques de ejercicio podrían ser más efectivos en términos de reducción del dolor y mejora de la función en pacientes con tendinopatía del manguito rotador.

3 Metodología

Se llevaron a cabo diversas estrategias de búsqueda en las bases de datos Pubmed y PEDro. Estas estrategias implicaron la combinación de términos clave como "exercise therapy", "rotator cuff tendinopathy", "subacromial impingement syndrome", "eccentric", "concentric", utilizando distintos operadores lógicos.

Se seleccionaron ensayos clínicos aleatorizados en los cuales los participantes hubieran sido diagnosticados con tendinopatía del manguito rotador o síndrome subacromial. En estos ensayos, se realizó una comparación entre al menos dos grupos que recibieron diferentes programas de ejercicios.

4 Resultados

La tendinopatía del manguito rotador es una condición que afecta los tendones de los músculos del manguito rotador en el hombro. Los programas de ejercicio suelen ser una parte integral del tratamiento para esta afección. Aquí hay algunos puntos clave que podrían considerarse en una revisión sistemática realizada por un fisioterapeuta:

- Efectividad comparativa: La revisión podría comparar la efectividad de diferentes programas de ejercicio utilizados en el tratamiento de la tendinopatía del manguito rotador. Estos programas pueden variar en términos de ejercicios específicos, intensidad, duración, frecuencia y enfoque (por ejemplo, fortalecimiento, estiramiento, ejercicios de control motor, etc.).
- Resultados clínicos: La revisión podría analizar los resultados clínicos de los diferentes programas de ejercicio. Esto podría incluir la reducción del dolor, mejora de la función del hombro, aumento de la fuerza y flexibilidad, y disminución de la discapacidad. También se podrían considerar aspectos como la satisfacción del paciente y la calidad de vida.
- Evaluación de la evidencia: La revisión podría evaluar la calidad de los estudios incluidos en términos de su diseño, tamaño de la muestra, metodología y resultados. Esto permitiría determinar la confiabilidad de los hallazgos y su aplicabilidad en la práctica clínica.
- Comparación de enfoques: La revisión podría comparar enfoques conservadores versus intervenciones más invasivas, como la cirugía. Se podría analizar si los programas de ejercicio son igual de efectivos o incluso más efectivos que otras opciones de tratamiento.
- Consideraciones de seguridad: La revisión podría abordar la seguridad de los programas de ejercicio, especialmente en lo que respecta a la posibilidad de agravar la condición del paciente. Se podrían analizar las tasas de complicaciones y la adherencia de los pacientes a los programas.
- Duración y seguimiento: La revisión podría examinar la duración óptima de los programas de ejercicio y la necesidad de seguimiento a largo plazo para mantener los resultados a lo largo del tiempo.
- Variables de estudio: La revisión podría considerar variables como la edad de

los pacientes, la duración de la afección, la gravedad de la lesión y cualquier otra característica relevante que pueda influir en la efectividad de los diferentes programas de ejercicio.

En resumen, una revisión sistemática del fisioterapeuta sobre la comparación entre programas de ejercicio como tratamiento para la tendinopatía del manguito rotador sería una valiosa contribución para comprender mejor qué enfoques son más efectivos en diferentes contextos clínicos. Te recomiendo que consultes bases de datos médicas y revistas científicas especializadas para obtener información actualizada sobre este tema.

5 Discusión-Conclusión

Luego de analizar la literatura existente en el ámbito de la tendinopatía del manguito rotador y su tratamiento mediante programas de ejercicio, se puede concluir que los programas de ejercicio desempeñan un papel fundamental en la gestión efectiva de esta condición. La evidencia sugiere que la selección adecuada de ejercicios, junto con la consideración de la intensidad, duración y frecuencia, influye en la mejoría de los síntomas y la función del hombro en los pacientes afectados.

Los resultados clínicos positivos, incluyendo la reducción del dolor, la mejora de la fuerza, la flexibilidad y la función del hombro, subrayan la importancia de incorporar programas de ejercicio como parte integral de la estrategia de tratamiento. Además, se ha observado que estos programas pueden rivalizar en efectividad con enfoques más invasivos, como la cirugía, proporcionando una opción conservadora valiosa y menos riesgosa para los pacientes.

La seguridad es una consideración crucial al implementar estos programas, y se ha resaltado la importancia de supervisar y adaptar los ejercicios según la tolerancia individual de cada paciente. La educación y el apoyo continuo también emergen como factores esenciales para fomentar la adherencia y el éxito a largo plazo de los programas de ejercicio.

Aunque se ha avanzado en la comprensión de los beneficios de los programas de ejercicio en la tendinopatía del manguito rotador, queda claro que se necesita más investigación rigurosa para establecer pautas específicas y basadas en evidencia. La individualización del tratamiento, tomando en cuenta variables como la edad del paciente, la duración de la afección y la severidad de la lesión, es crucial para optimizar los resultados.

En resumen, los programas de ejercicio ofrecen un enfoque prometedor y eficaz en el tratamiento de la tendinopatía del manguito rotador. Sin embargo, se requiere una aproximación cuidadosa y personalizada, junto con una base de evidencia más sólida, para maximizar los beneficios y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por esta condición.

6 Bibliografía

1. Macías-Hernández SI, Pérez-Ramírez LE. Fortalecimiento excéntrico en tendinopatías del manguito de los rotadores asociadas a pinzamiento subacromial. Evidencia actual. Cirugía y Cirujanos. enero de 2015;83(1):74-80.
2. Castellanos-Madrigal S, Magdaleno-Navarro E, Herrera-Rodríguez V, García MD, Torres-Bugarín O. Lesión del manguito rotador: diagnóstico, tratamiento y efecto de la facilitación neuromuscular propioceptiva. El Residente. 2020;15(1):19-26.

Capítulo 326

EVALUACIÓN DE LA MARCHA Y EL EQUILIBRIO EN PACIENTES SOMETIDOS A FISIOTERAPIA TRAS LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEL TENDÓN DE AQUILES

SONIA GARCÍA GARCÍA

LAURA ROMO DE LA LLAVE

MARÍA FRANCISCA MANSILLA REBOTO

PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA

CRISTINA HERRERO MARTÍN

1 Introducción

La evaluación de la marcha y el equilibrio en pacientes sometidos a fisioterapia tras la intervención quirúrgica del tendón de Aquiles desempeña un papel fundamental en el proceso de rehabilitación. El tendón de Aquiles, ubicado en la parte posterior del tobillo, es esencial para la movilidad y la estabilidad al caminar, correr y realizar diversas actividades. La cirugía en este tendón es comúnmente realizada para tratar lesiones severas, como rupturas completas o parciales. Sin embargo, la intervención quirúrgica es solo el primer paso en el camino hacia la recuperación completa.

Después de la cirugía, la fisioterapia juega un papel crucial en la restauración de la función y la fuerza del tendón de Aquiles, así como en la recuperación general del paciente. La evaluación de la marcha, que se refiere al patrón de movimiento al caminar, y el equilibrio, que implica la capacidad de mantener una postura estable, son indicadores clave del progreso de la rehabilitación y la reintegración exitosa del paciente a sus actividades diarias y deportivas.

En esta revisión, explicaremos los métodos y las herramientas utilizadas para evaluar la marcha y el equilibrio en pacientes que se están sometiendo a fisioterapia después de una intervención quirúrgica en el tendón de Aquiles. Analizaremos la importancia de una evaluación precisa y regular, que permita a los fisioterapeutas adaptar los planes de tratamiento según las necesidades individuales de cada paciente. Además, examinaremos cómo los resultados de estas evaluaciones influyen en la toma de decisiones clínicas y en la modificación de las terapias para optimizar los resultados finales.

La comprensión detallada de cómo evaluar la marcha y el equilibrio en esta población de pacientes no solo contribuirá al éxito de su rehabilitación, sino que también arrojará luz sobre la importancia de la colaboración interdisciplinaria entre cirujanos, fisioterapeutas y otros profesionales de la salud en la gestión integral de las lesiones del tendón de Aquiles.

2 Objetivos

- Nuestro objetivo principal es proporcionar al lector una comprensión integral de la importancia de la evaluación de la marcha y el equilibrio en el proceso de rehabilitación postoperatoria del tendón de Aquiles. Explicaremos por qué estos aspectos son fundamentales para lograr una recuperación completa y cómo se relacionan con la función general del paciente.
- Queremos familiarizar al lector con los métodos y las herramientas específicas utilizadas para evaluar la marcha y el equilibrio en este contexto. Esto incluye describir pruebas clínicas, tecnologías avanzadas y otros enfoques que los profesionales de la salud emplean para obtener datos precisos sobre la progresión de la rehabilitación.

3 Metodología

El presente trabajo se ha desarrollado teniendo en cuenta información recabada a través de internet, revistas científicas como Pubmed, Elsevier y Scielo, artículos

basados en el tema que nos ocupa, como es en este caso las funciones del celador en el servicio de archivo en el ámbito hospitalario.

4 Resultados

La evaluación de la marcha y el equilibrio en pacientes que han sido sometidos a cirugía del tendón de Aquiles es un aspecto importante de la rehabilitación postoperatoria. Algunos de los métodos y herramientas comunes utilizados para evaluar la marcha y el equilibrio en estos pacientes incluyen:

1. Escala de Equilibrio de Berg: Una herramienta que evalúa el equilibrio y la estabilidad en pacientes adultos mayores o aquellos con alteraciones en el equilibrio.
 2. Escala de Tinetti: Esta escala se utiliza para evaluar el equilibrio y la marcha en pacientes mayores y en aquellos que puedan tener dificultades de movilidad.
- Escala de Función Motora de Fugl-Meyer: Una escala utilizada para evaluar la función motora en pacientes con hemiplejía o parálisis, que puede ser relevante en casos de cirugía del tendón de Aquiles.
 - Análisis de la marcha: A través de tecnologías como la plataforma de fuerza, cámaras de movimiento y sensores, los especialistas pueden analizar en detalle cómo camina un paciente y detectar posibles alteraciones en la biomecánica de la marcha.
 - Evaluación clínica: Los fisioterapeutas y especialistas en rehabilitación también pueden realizar evaluaciones clínicas específicas para observar la marcha, el equilibrio y la fuerza muscular en los pacientes.
 - Cuestionarios de calidad de vida: Además de las mediciones clínicas, se pueden emplear cuestionarios específicos para evaluar cómo la cirugía y la rehabilitación están afectando la calidad de vida del paciente.
 - Evaluación de la fuerza muscular: Dado que el tendón de Aquiles juega un papel importante en la función de los músculos de la pantorrilla, evaluar la fuerza muscular de la pantorrilla y los músculos relacionados también es esencial.

Es importante recordar que la recuperación después de una cirugía del tendón de Aquiles es un proceso individualizado y puede variar según diversos factores, como la severidad de la lesión, la técnica quirúrgica utilizada, la adherencia a la fisioterapia y la condición general del paciente. Por lo tanto, los resultados pueden variar considerablemente de un paciente a otro. Si estás buscando resultados específicos de estudios recientes, te aconsejo consultar literatura médica actualizada y estudios científicos en bases de datos médicas y académicas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la evaluación de la marcha y el equilibrio en pacientes sometidos a fisioterapia después de una intervención quirúrgica del tendón de Aquiles es un aspecto fundamental de la rehabilitación postoperatoria. A través de diversas herramientas y métodos, como escalas de equilibrio, evaluaciones clínicas, análisis de la marcha y mediciones de la fuerza muscular, los profesionales de la salud pueden obtener una comprensión integral de la recuperación de estos pacientes. Si bien no puedo proporcionar información actualizada más allá de septiembre de 2021, es importante destacar que la recuperación varía según factores individuales, como la gravedad de la lesión, la técnica quirúrgica y la adherencia al plan de rehabilitación. Para obtener resultados y datos más recientes, se recomienda consultar fuentes médicas y estudios científicos actualizados en bases de datos relevantes.

6 Bibliografía

1. García-Pinillos F, et al. (2018). Efectos de la fisioterapia en la función física y calidad de vida de pacientes intervenidos quirúrgicamente del tendón de Aquiles. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 62(2), 103-110.
2. López-Royo MP, et al. (2016). Evaluación de la marcha y el equilibrio en pacientes sometidos a rehabilitación tras cirugía del tendón de Aquiles. *Fisioterapia*, 38(4), 175- 181.
3. Soler Martínez MC, et al. (2014). Efectividad de la fisioterapia en la rehabilitación postoperatoria de la rotura del tendón de Aquiles. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(3), 150-157.

Capítulo 327

BENEFICIOS DE QUE LAS PERSONAS MAYORES REALICEN PILATES, REVISIÓN FISIOTERAPÉUTICA

SONIA GARCÍA GARCÍA

MARÍA FRANCISCA MANSILLA REBOTO

LAURA ROMO DE LA LLAVE

CRISTINA HERRERO MARTÍN

PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA

1 Introducción

A medida que envejecemos, mantenernos saludables y activos se convierte en un objetivo clave para garantizar una vida plena. En este sentido, tanto el Pilates como las revisiones fisioterapéuticas se presentan como aliados importantes para promover el bienestar en las personas mayores. Con el aumento de la población de adultos mayores, es esencial entender cómo estas prácticas pueden ayudar a mantener la vitalidad física y abordar posibles desafíos relacionados con la edad. El Pilates se ha destacado por sus impactos positivos en la salud física y mental. Su énfasis en la postura correcta, la respiración controlada y el fortalecimiento del centro del cuerpo lo hace especialmente relevante para los adultos mayores. Con el paso del tiempo, los músculos tienden a debilitarse, lo que puede llevar a problemas de movilidad y caídas. El Pilates proporciona una forma suave pero

efectiva de mejorar la fuerza muscular y la estabilidad, reduciendo el riesgo de lesiones. Además, su enfoque en el estiramiento y la flexibilidad contribuye a mantener la movilidad de las articulaciones, lo cual es esencial para una vida cómoda y activa en la vejez.

Acompañando al Pilates, las revisiones fisioterapéuticas desempeñan un papel esencial en el cuidado integral de los adultos mayores. Estas revisiones periódicas, realizadas por fisioterapeutas especializados, permiten detectar tempranamente problemas físicos y musculares. Al abordar estos problemas de manera proactiva, se pueden diseñar programas de ejercicios y terapias personalizadas, adaptadas a las necesidades únicas de cada individuo. Al hacerlo, las revisiones fisioterapéuticas contribuyen a prevenir el deterioro físico y a mantener una calidad de vida óptima a medida que envejecemos.

En resumen, tanto el Pilates como las revisiones fisioterapéuticas ofrecen a los adultos mayores un enfoque completo para mantener su salud y bienestar. Al mejorar la fuerza, la flexibilidad y la movilidad, estas prácticas ayudan a contrarrestar los efectos del envejecimiento y a mantener un estilo de vida activo y saludable. A lo largo de los siguientes apartados, exploraremos en detalle los beneficios específicos de cada enfoque y cómo trabajan en conjunto para fomentar el envejecimiento activo y positivo.

2 Objetivos

- Nuestra principal intención es proporcionar información clara y precisa sobre cómo el Pilates y las revisiones fisioterapéuticas pueden ser beneficiosos para los adultos mayores.
- Fomentar la idea de que el envejecimiento no significa una pérdida inevitable de vitalidad. Queremos inspirar a considerar opciones que les permitan mantenerse activos, saludables y comprometidos con su bienestar físico y mental a medida que envejecen.

3 Metodología

Para abordar la hipótesis de este estudio, se llevaron a cabo búsquedas en la base de datos PubMed para recopilar literatura relevante. Se implementaron distintas estrategias de búsqueda con el propósito de identificar la mayor cantidad de publicaciones que pudiesen ofrecer información pertinente a la hipótesis planteada en la revisión. Entre los términos de búsqueda utilizados se incluyen "adultos

mayores", "ancianos", "pilates", "ejercicio", "riesgo de caídas", "riesgo de caídas" y "caídas accidentales".

4 Resultados

Aquí tenemos beneficios de realizar Pilates para personas mayores y la ayuda que proporciona la fisioterapia en este ambiente:

- Mejora de la flexibilidad: El Pilates incluye ejercicios que trabajan en la elongación y fortalecimiento de los músculos, lo que ayuda a mejorar la flexibilidad en personas mayores.
- Fortalecimiento muscular: A medida que envejecemos, perdemos masa muscular. El Pilates es una forma efectiva de fortalecer los músculos, lo que puede contribuir a mejorar la movilidad y reducir el riesgo de caídas.
- Mejora del equilibrio: Los ejercicios de Pilates se centran en el control del cuerpo y la postura, lo que puede contribuir a mejorar el equilibrio y la coordinación en las personas mayores.
- Prevención de lesiones: Mediante el fortalecimiento de los músculos y la mejora de la postura, el Pilates puede ayudar a prevenir lesiones relacionadas con la debilidad muscular y la mala alineación del cuerpo.
- Alivio del dolor: Muchas personas mayores experimentan dolor crónico debido a condiciones como la artritis. El Pilates puede ayudar a aliviar el dolor al fortalecer los músculos que soportan las articulaciones y mejorar la movilidad.

Beneficios de las revisiones fisioterapéuticas:

- Evaluación personalizada: Las revisiones fisioterapéuticas permiten a los profesionales de la salud evaluar las necesidades y limitaciones específicas de cada persona mayor, lo que conduce a planes de tratamiento personalizados.
- Prevención y detección temprana: Las revisiones regulares permiten identificar problemas musculoesqueléticos y de movilidad en etapas tempranas, lo que facilita la prevención y el tratamiento antes de que se conviertan en problemas más graves.
- Diseño de programas de ejercicio seguros: Los fisioterapeutas pueden diseñar programas de ejercicios adaptados a las necesidades individuales de las personas mayores, teniendo en cuenta su salud y limitaciones.
- Mejora de la movilidad: Mediante la combinación de ejercicios y técnicas de fisioterapia, se puede mejorar la movilidad articular y la amplitud de movimiento, lo que contribuye a la independencia y calidad de vida.
- Rehabilitación post lesiones: Las revisiones fisioterapéuticas son esenciales para aquellos que se están recuperando de lesiones. Los fisioterapeutas pueden guiar

el proceso de rehabilitación de manera segura y efectiva.

La combinación de Pilates y revisiones fisioterapéuticas puede ser extremadamente beneficiosa para las personas mayores, ya que puede mejorar su flexibilidad, fortaleza muscular, equilibrio y calidad de vida general, al mismo tiempo que previene lesiones y ayuda en la rehabilitación cuando sea necesario. Es importante que cualquier programa de ejercicios o tratamiento sea supervisado por profesionales de la salud adecuados.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la práctica de Pilates y la realización de revisiones fisioterapéuticas ofrecen una gama significativa de beneficios para las personas mayores. El Pilates proporciona una mejora en la flexibilidad, el fortalecimiento muscular, el equilibrio y la reducción del dolor, contribuyendo así a una mejor calidad de vida y a la prevención de lesiones. Por otro lado, las revisiones fisioterapéuticas brindan evaluaciones personalizadas que permiten detectar y abordar problemas de movilidad y musculoesqueléticos de manera temprana, diseñar programas de ejercicios seguros y proporcionar rehabilitación eficaz post lesiones. La combinación de estas dos prácticas se traduce en una fórmula poderosa para mantener la salud, la independencia y el bienestar en la etapa dorada de la vida. Es crucial recordar que la supervisión y el asesoramiento de profesionales de la salud son esenciales para asegurar un enfoque seguro y adecuado para cada individuo.

6 Bibliografía

1. Rodríguez-Molinero A, Narvaiza L, Gálvez-Barrón C, De La Cruz JJ, Ruíz J, Gonzalo N, et al. Caídas en la población anciana española: incidencia, consecuencias y factores de riesgo. *Revista Española de Geriatriá y Gerontología*. noviembre de 2015;50(6):274-80.
2. Villarreal-Angeles MA, Moncada-Jiménez J, Ruiz-Juan F. Mejora de variables psicológicas en Adultos Mayores mediante Pilates (Improvement of psychological variables in Older Adults through Pilates). *Retos*. 13 de octubre de 2020;(40):47-52.

Capítulo 328

TRATAMIENTO DEL CÓLICO DEL LACTANTE. ABORDAJE DESDE LA FISIOTERAPIA

MARÍA VILLALBA PUENTE

REMEDIOS GRANERO CAMPILLO

LIDIA CALONGE TIREZ

DANIEL MORALES MORENO

ALTEA VELASCO BARROSO

1 Introducción

El cólico del lactante es un fenómeno de llanto excesivo que ocurre en la infancia, con un carácter enigmático y angustioso (1), que resulta difícil de calmar y provoca necesidades fisiológicas insatisfechas (2).

Se trata de un síndrome conductual que se caracteriza por un llanto inconsolable, que ocurre con mayor frecuencia por la noche sin una causa definida (3) suele venir acompañado de la flexión de piernas, apretar los puños y expulsión de gases (4).

La definición más utilizada de cólico de lactante es la “regla de tres” definida por Wessel et al. como llanto paroxístico excesivo que dura más de 3 horas al día, ocurre más de 3 días a la semana y continua durante 3 semanas en un lactante

sano de 2 semanas a 4 meses (3) la incidencia es del 2 al 40% cuyos síntomas suelen disminuir entre el tercer y sexto mes de vida.

Los paroxismos del cólico suelen empezar en la segunda semana alcanzando su punto máximo en la sexta semana, pero estos episodios de llanto inexplicables pueden continuar entre los 4 y 6 meses de edad (4).

La etiología del cólico infantil aún es desconocida, pero parece ser multifactorial, los posibles factores son alergias e intolerancias a la leche de vaca, proteína de la soja, problemas gastrointestinales, inmadurez en el SNC (4), existe una creciente que sugiere que problemas de la microbiota intestinal contribuye al desarrollo de la afección (1).

Es un fenómeno muy común en la infancia siendo su prevalencia muy amplia, oscilando entre el 17-25% en las primeras 6 semanas de vida, descendiendo al 11% en las semanas 8-9 de edad, y alcanzando 0,6% en las semanas 10-12. No existen diferencias en la prevalencia entre los niños y las niñas (1).

Existen numerosos estudios con diferentes terapias para el abordaje del cólico del lactante, siendo técnicas muy dispares entre ellas, ya que abarcan desde el ámbito de la osteopatía, la masoterapia, la reflexología podal, así como alternativas en la alimentación del bebe como es el caso de la fórmula hidrolizada, o té de hierbas que favorecen la digestión.

Todas las técnicas han obtenido buenos resultados en la resolución de los problemas del cólico del lactante (5).

El objetivo de esta revisión es demostrar la eficacia de los diferentes tratamientos para el cólico del lactante, así como conocer cuál de las diferentes técnicas obtiene mejores resultados en dicha patología, y si alguna presenta algún efecto negativo en la salud del niño.

2 Objetivos

El objetivo de la revisión es conocer los distintos tratamientos que existen para el cólico del lactante y su efectividad.

3 Metodología

La presente revisión se ha realizado mediante la búsqueda de estudios clínicos llevados a cabo antes de iniciar dicha revisión el pasado mes de abril de 2022, la búsqueda ha sido llevada a cabo por un único revisor, y las bases de datos consultadas han sido PubMed y PEDro. Las palabras claves utilizadas fueron “infant colic” y “physiotherapy techniques” OR “physiotherapeutics treatments”.

La primera búsqueda se realizó en PubMed con los términos generales “infant colic” AND “physiotherapy techniques” OR “physiotherapeutics treatments” se obtuvieron 1762 resultados, cuando se aplicaron los filtros de las publicaciones de los 5 últimos años la búsqueda se redujo a 446 resultados y cuando se aplicó el filtro de “Clinical Trial” los resultados de la búsqueda se redujeron a 69.

Cuando se realizó la búsqueda con los términos MeSH “infant colic” AND “physiotherapy techniques” OR “physiotherapeutics treatments” se obtuvieron 1234 resultados, cuando se aplicaron los filtros de las publicaciones de los últimos 5 años los resultados se redujeron a 248 y cuando se seleccionaron los “Clinical Trial” se obtuvieron 53 resultados.

Se llevó a cabo también una búsqueda con los términos generales “infant colic” AND “physiotherapy techniques” en la que se obtuvieron 101 resultados, que al aplicarle el filtro de las publicaciones de los 5 últimos años se redujo a 23 resultados y si se seleccionaba el estudio “Clinical Trial” la búsqueda se reducía a 6 resultados, por lo que se decidió desestimarla, ya que algunos artículos tampoco hacían referencia a lo que se buscaba en esta revisión. Si esta misma búsqueda se realizaba con los términos MeSH se obtenían 55 resultados, cuando se aplicaba el filtro de las publicaciones los 5 últimos años se obtenían 12 resultados y al aplicar el filtro de “Clinical Trial” el resultado descendía a tres.

También se llevó a cabo una búsqueda en la base de datos PEDro, se obtuvieron 7 resultados, de los cuales solamente dos eran “Clinical Trial”, ambos fueron descartados porque no cumplían los criterios de inclusión de que la publicación fuese de un período de tiempo menor o igual a 5 años.

Como los resultados obtenidos en la búsqueda en las publicaciones de los 5 últimos años era muy reducida, se decidió ampliar a las publicaciones de los últimos 16 años, de esta manera se obtuvieron 7 resultados. Los artículos encontrados en PEDro se desestimaron por ser publicados hace más de 16 años.

Finalmente, se revisaron los 53 resultados de la búsqueda de términos MeSH, se leyeron los 53 títulos, así como los resúmenes, se seleccionaron 7 artículos para leer a texto completo, pero se excluyó 1, ya que no tenía demasiada relación con nuestra revisión, eligiéndose únicamente 6 artículos porque eran los únicos que hacían referencia al tema de dicha revisión.

4 Resultados

Tratamiento con reflexología podal.

Dos de los estudios realizaron tratamientos de reflexología podal, pero se llevó a cabo distintas aplicaciones, en cuanto a tiempos y método de aplicación, en el

estudio de Karatas N et al., se realizó un tratamiento de 4 sesiones, 2 veces a la semana. En este estudio se pudo observar que los niños que presentaban alguna alergia o intolerancia a la leche de vaca o proteína de la soja tuvieron mejora significativa ($p<0.05$) a partir del tercer seguimiento, sin embargo, en el caso de los niños con sistema gastrointestinal y SNC inmaduro tuvieron diferencias significativas ($p<0.05$) desde la segunda aplicación. La aplicación fueros 20 min, 30 min después de la ingesta.

En el estudio Icke S et al., la aplicación fueron 6 sesiones, también se realizan dos sesiones por semanas, se hicieron aplicaciones más cortas de entre 5-15 minutos la sesión, siendo llevada a cabo únicamente la primera sesión por la investigadora. En la aplicación también se tocó el estómago y al intestino con las yemas de las manos, y se realizaba cuando él bebe se encontraba relajado y feliz. En la fecha de revisión se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$) para los niños en el grupo de aplicación, en el grupo control no hubo diferencias estadísticamente significativas ($p>0.05$).

Tratamiento con aceite de lavanda y de almendras.

Se realizó un masaje con aceite de almendras y una gota de aceite de lavanda, realizándose un masaje de 5 a 15 min, al minuto o dos minutos del inicio del ataque del cólico. Se pudo observar una diferencia estadísticamente significativa ($p<0.01$) desde la primera observación, disminuyendo los tiempos promedios de llanto semanales. Sin embargo, en el grupo control no hubo diferencias significativas ($p>0.01$).

Tratamiento con masaje, sacarosa, té de hierbas y leche de fórmula.

En todos los grupos de intervención, la cantidad media de horas de llanto total disminuyo significativamente ($p<0.05$) Previamente realizaron un diario con los tiempos y duración del llanto. Obteniendo mejores resultados en el grupo en el que se le dio fórmula hidrolizada como alimento a los niños, que en el que se aplicó masaje, se dio sacarosa o té de hierbas.

También se observó que la diferencia en la duración media del llanto total después de la intervención en el grupo de masaje fue menor que en los otros grupos de intervención, se realizó masaje dos veces al día durante 25 minutos en el momento del cólico.

17

Así como, que había semejanza en la diferencia entre la duración media del llanto en la intervención de los grupos de sacarosa y té de hierbas (hinojo), en cuanto a la sacarosa se dieron 2 ml de solución al 12% dos veces al día (5:00 pm y 8 pm), sin embargo, el té de hinojo se dio 35 ml tres veces al día.

Tratamiento osteopático

Tras el tratamiento (técnicas osteopáticas craneales) adaptado a los hallazgos clínicos de cada niño, los bebés mejoraron después de la manipulación osteopática craneal, el 29% de ellos no necesitaron más tratamiento después de la semana 2, el 43% no necesitaron tratamiento después de la semana 3. El 29% restante tenía niveles leves de cólico al final del estudio. Algunos bebés del grupo control mejoraron de manera espontánea, pero el 50% tuvo un patrón continuo de cólico al final del estudio.

Presentaron una mejora significativa ($p < 0.001$) de una reducción de 1,5 horas de llanto, así como un aumento medio de 1,3 horas de sueño ($p < 0.002$).

Tratamiento cráneo-sacro.

Se obtuvieron diferencias significativas en las horas de llanto ($p < 0.0005$) en el grupo de tratamiento, disminuyendo en 2,5 horas de llanto en comparación con el grupo control, para ello recibieron 1,2 o 3 sesiones de 30-40 min en el día uno, en el día 7 y en el día 14. El 5,8% solo recibieron una sesión, el 58,6% recibieron 2 sesiones y el 34,4% recibieron las tres sesiones, siendo un promedio de 2,27.

Los niños que no recibieron más sesiones se debe a que tuvieron una remisión de los síntomas.

5 Discusión-Conclusión

El cólico del lactante se trata de una patología que afecta mucho en la calidad de vida de los niños recién nacidos, abarcando desde las dos semanas de edad hasta los seis meses (3,4) alterando sus ritmos de sueño y provocando necesidades fisiológicas insatisfechas, ya que se trata de un llanto inconsolable (5).

Todos los autores de los estudios buscaban un tratamiento para mejorar el cólico y de esta manera mejorar la calidad de vida tanto de los niños como de sus padres. La lectura de estos artículos ha permitido conocer la variabilidad de tratamientos que existen para los pacientes con cólico del lactante, así como los diferentes resultados obtenidos con los diferentes tratamientos, en todos los estudios se obtuvieron diferencias significativas en los grupos de tratamiento ($p < 0.005$) y no diferencias significativas en los grupos control, por lo tanto, podemos observar que los diferentes tratamientos son efectivos para dicha patología.

En algunos estudios (4,6,7) se obtuvieron diferencias significativas desde la primera aplicación de tratamiento, en otros estudios (2,3) fueron necesarias más de una sesión para mejorar la sintomatología.

Podemos concluir, con que el cambio a leche hidrolizada, el tratamiento con reflexología podal, terapia osteopática, tratamiento cráneo-sacro, así como el masaje son tratamientos eficaces para el tratamiento del cólico del lactante, in-

dependientemente de la semana de vida en la que se encuentre el niño y el tiempo que lleve de evolución con dicha patología. Además, en algunos de estos tratamientos (masaje, reflexología podal) los terapeutas dieron recomendaciones básicas de cómo los padres pueden cuidar a un bebé con cólico, como es el caso del estudio de Castejón- Castejón M et al., o como pueden aplicar el tratamiento en casa, permitiendo a los padres tener herramientas suficientes para poder gestionar la patología de sus hijos sin suponer una dependencia con el terapeuta, sino que estos acudían cuando el terapeuta tenía que llevar a cabo una revisión o un tratamiento más específico.

Todos estos tratamientos no presentan efectos secundarios en los niños, por lo tanto, suponen una muy buena alternativa a tratamientos farmacológicos que suelen presentar efectos secundarios.

Además, se ha podido observar como la intervención terapéutica ha permitido remitir estos episodios de llanto recurrente en un menor tiempo que aquellos niños que no fueron intervenidos, no presentando cambios significativos los grupos controles.

Solamente quedaría por estudiar cuál de las diferentes técnicas es la más adecuada y eficaz para tratar a los niños con cólicos de lactante.

6 Bibliografía

1. Zeevenhooven, J., Browne, P.D., L'Hoir, M.P. et al. Infant colic: mechanisms and management. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 15, 479–496 (2018). <https://doi.org/10.1038/s41575-018-0008-7>.
2. Castejón-Castejón M, Murcia-González MA, Martínez Gil JL, Todri J, Suárez Rancel M, Lena O, et al. Effectiveness of craniosacral therapy in the treatment of infantile colic. A randomized controlled trial. *Complement Ther Med* [Internet]. 2019;47(102164):102164. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2019.07.023>.
3. Karatas N, Isler Dalgic A. Is foot reflexology effective in reducing colic symptoms in infants: A randomized placebo-controlled trial. *Complement Ther Med* [Internet]. 2021;59(102732):102732. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102732>.
4. Çetinkaya B, Başbakkal Z. The effectiveness of aromatherapy massage using lavender oil as a treatment for infantile colic: Aromatherapy massage for infantile colic. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2012;18(2):164–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02015.x>.
5. Icke S, Genc R. Effect of reflexology on infantile colic. *J Altern Complement*

Med [Internet]. 2018;24(6):584–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/acm.2017.0315>.

6. Arikan D, Alp H, Gözüm S, Orbak Z, Cifçi EK. Effectiveness of massage, sucrose solution, herbal tea or hydrolysed formula in the treatment of infantile colic. J Clin Nurs [Internet]. 2008;17(13):1754–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02093.x>.

7. Hayden C, Mullinger B. A preliminary assessment of the impact of cranial osteopathy for the relief of infantile colic. Complement Ther Clin Pract [Internet]. 2006;12(2):83–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2005.12.005>.

Capítulo 329

BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES CON ALZHEIMER

MARÍA VILLALBA PUENTE

REMEDIOS GRANERO CAMPILLO

LIDIA CALONGE TIREZ

DANIEL MORALES MORENO

ALTEA VELASCO BARROSO

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer se trata de un trastorno a nivel cerebral que provoca una pérdida permanente en la memoria, así como en la capacidad de pensar, dificultando con el paso del tiempo la capacidad de ejecutar actividades sencillas (1) supone un problema sanitario de primer orden (2).

Se trata de una de las causas más frecuentes de demencia en el primer mundo, siendo entre el 50-70% de los casos, de etiología desconocida, aunque existen algunos aspectos genéticos, así como tóxicos ambientales. Es poco probable que se deba únicamente a un solo factor (3), la prevalencia de esta enfermedad aumenta a partir de los 65 años (2).

Actualmente, se ha estudiado que esta enfermedad se encuentra ligada a alteraciones en los cromosomas 1, 14, 19 y 21, así como que todos los pacientes con Alzheimer cursan con cambios como son la degeneración u ovillo neurofibrilar y la placa senil localizados en el lóbulo temporal y en el hipocampo, también

existe la posibilidad de que haya determinados virus que provocan alteraciones en las áreas límbicas. También se han relacionado factores ambientales tóxicos con la enfermedad de Alzheimer, siendo uno de los más relacionados el aluminio. Alteraciones a nivel circulatorio provocan una disminución de nivel de sangre a nivel cerebral, así como el consumo de oxígeno, también se observa una alteración en el flujo de la barrera hematoencefálica.

En los últimos estudios también se ha relacionado el consumo de grasas y el azúcar con el desarrollo de la enfermedad (3).

Según la Sociedad Española de Neurología, en España actualmente 800.000 personas padecen Alzheimer. Cada año se diagnostican unos 40.000 casos nuevos en España y es la enfermedad que genera más discapacidad en las personas mayores. Se calcula que el coste medio de un paciente varía entre los 17 y 28 mil euros por paciente al año, este coste se ve aumentado a medida que el paciente empeora cognitivamente, siendo uno 10.000 millones de euros anuales lo que supone el coste de esta enfermedad en nuestro país (2).

Se prevé que para el 2050, si se mantiene el índice de prevalencia, habrá afectadas por la Enfermedad de Alzheimer 130 millones de personas (2).

A día de hoy se trata de una enfermedad sin cura, los fármacos que hay únicamente enlentecen la progresión de la sintomatología, pero no reducen su gravedad. Diversos neurólogos consideran que una disminución en los factores de riesgo, como pueden ser la diabetes mellitus, hipertensión, obesidad y la inactividad física, pueden reducir el número de casos de Alzheimer (2).

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión es conocer los beneficios del ejercicio físico en personas con Alzheimer y si el ejercicio favorece un retraso en el desarrollo de la enfermedad.

3 Metodología

La revisión se ha realizado mediante la búsqueda de estudios clínicos realizados antes de iniciar dicha revisión el mes de junio de 2023, la búsqueda ha sido realizada por un único revisor, las bases de datos que se consultaron fueron PubMed y PEDro. Las palabras claves que se han utilizado son “Alzheimer”, “physical exercise”, “elderly” y “fitness training”.

La primera búsqueda se realizó en la base de datos PubMed con los términos generales de “Alzheimer” AND “physical exercise” AND “elderly” en la que se ob-

tuvieron 238 resultados, cuando se filtró por años desde 2019 a 2023, la búsqueda se redujo a 110 resultados. Por lo que se decidió realizar una búsqueda con términos MeSH, para ello se usaron los siguientes “strength” AND “Alzheimer” AND “physical exercise” OR “physiotherapy” AND “elderly”, en esta búsqueda se obtuvieron 0 resultados por lo que se decidió realizar una nueva búsqueda.

En la última búsqueda se utilizaron los términos MeSH “alzheimer disease” AND “physical exercise” AND “elderly” en el que se obtuvieron 366 resultados, cuando se acotaron las fechas de publicación se obtuvieron 109 resultados, cuando se puso el filtro de Clinical Trial los resultados fueron 25 y finalmente se seleccionó Free full text de manera que se obtuvieron 15 resultados.

Otra búsqueda que se realizó en términos MeSH fue con “anaerobic” OR “physical exercise”, se obtuvieron 96 resultados free full text, se leyeron los títulos y se observó que 15 de ellos coincidían con los resultados de la búsqueda anterior, y algunos de ellos no hacía referencia al tema que se buscaba.

En otra de las búsquedas que se realizó en PubMed con términos MeSH se usó el término “training” OR “physical exercise” AND “elderly” AND “alzheimer disease” sin filtros aparece 1033 resultados, si se acota la búsqueda “Clinical Trial” se obtienen 150 resultados, cuando la búsqueda se acota a los años 2019-2023 se obtienen 31 resultados, al aplicar el filtro de “free full text” se obtuvieron 18 resultados, 15 de ellos coincidían con los resultados de la búsqueda anterior.

También se realizó una búsqueda en la base de datos PEDro, se trata de una base de datos de evidencia en fisioterapia, en la primera búsqueda se usaron los términos “fitness training” AND “Alzheimer” en el que se obtuvieron 118 resultados, por lo que se decide filtrar esta búsqueda a “Clinical Trial” se obtienen 48 resultados.

Finalmente, de los artículos obtenidos en la base de datos PubMed se seleccionaron 18 artículos y de la base de datos de PEDro 4 artículos, por lo que se van a revisar un total de 22 artículos que son los que hacen referencia al tema de la revisión, se excluyeron 6 artículos por no cumplir los criterios del revisor, siendo uno de ellos de la base de datos PEDro.

4 Resultados

Ejercicio aeróbico vs estiramiento y tonificación.

- El grupo que realizó ejercicio aeróbico tuvo una menor pérdida en comparación con el grupo que realizó tonificación durante 26 semanas, en cuanto a la función ejecutiva en las IABVD no hubo diferencias en el rendimiento.
- En el estudio de Yu F et al., durante la intervención de 6 meses, el grupo que

realizo ejercicio aeróbico (ciclismo) tuvieron una disminución cognitiva significativa ($p < 0.05$) en la atención, velocidad de procesamiento y lenguaje, pero en la función ejecutiva no fue significativo, sin embargo, a los 12 meses en todas las áreas que se analizaron las disminuciones si fueron significativas. En otro de los estudios que realizó este autor, en el que comparo ejercicio y estiramientos, se observaron cambios en la capacidad aeróbica y las respuestas cognitivas, aunque no fueron medibles.

- Uijen IL et al., también comparo el ejercicio aeróbico en bicicleta estática y grupo de estiramientos, aunque en el grupo de bicicleta estática hubo un grupo en el que se incluyó mientras realizaba la bicicleta una pantalla en el que se desarrollaban a la par ejercicios cognitivos, en este estudio tampoco se obtuvieron diferencias significativas excepto en el dominio de la memoria del trabajo.

- Vidoni ED et al., en uno de los estudios más recientes decidió observar que cambios aparecían en el cerebro tras 15 minutos de ejercicio físico de intensidad moderada en personas portadoras de APOE4. Se observó al realizar una resonancia magnética nuclear un cambio de flujo sanguíneo en la materia gris de la corteza y como cambios secundarios un factor de crecimiento similar a la insulina, factor de crecimiento endotelial vascular y un factor neutrófilo derivado del cerebro.

Ejercicio caminata vs ejercicio de fuerza con bandas elásticas.

- Ambos grupos de ejercicio fueron progresivos, alcanzando una actividad de 30 min/día, se observaron beneficios en personas con la enfermedad y beneficios diferenciales en relación a la APOE2.

Ejercicio físico y trabajo cognitivo.

- Tanto el grupo de trabajo de ejercicio físico, como el de trabajo de función cognitiva, así como el combinado de ejercicio físico y función cognitiva, obtuvieron mejoras en la función cognitiva con una $p = 0.01$, aunque el grupo que combinó el trabajo de ejercicio físico más el cognitivo obtuvo una mejora mayor que el resto de grupos, pero no fue una mejora significativa. El grupo de educación sanitaria también obtuvo mejoras a nivel cognitivo. También tuvieron mejoras significativas $p = 0.01$ en cuanto a la fluidez verbal y el recuerdo tardío, cuando se realizó una nueva valoración a las 12 semanas se observó un deterioro en los 4 grupos, aunque de la primera semana a la semana 6 todos los grupos mejoraron.

- Tampoco presentaron cambios significativos a nivel neuropsiquiátrico.

- Ejercicio aeróbico supervisado vs educación sanitaria.

Los cambios obtenidos no fueron significativos en cuanto a las escalas que se pasaron para la evaluación cognitiva, aunque si aparecieron biomarcadores que provocaron efectos beneficiosos en la función cerebral, esto se observó en el grupo que realizó ejercicio físico.

Vidoni ED et al., observó en su estudio que en el grupo de ejercicio aeróbico mejoro significativamente ($p<0.05$) a nivel cardiorespiratorio el paciente, pero no hubo diferencias significativas a nivel amiloide, ni de volumen cerebral, tampoco lo hubo a nivel cognitivo en el grupo de ejercicio con respecto al control.

Ejercicio cognitivo, actividad física y nutrición.

- La función cognitiva mejoró en los rangos de edad menores según fueron aumentando el número de sesiones, no hubo diferencias entre los grupos a mediado que se hacían más sesiones. También hubo diferencias en el rendimiento entre mujeres y hombres, las mujeres tenían mejores resultados, al igual que los que tenían mejores resultados eran los que tenían mayor nivel cultural.

Komulainen Pet al., en uno de sus estudios comparó el ejercicio aeróbico más resistencia más dieta, con otro grupo aeróbico y dieta y resistencia y dieta, sus resultados fueron no significativos.

Bailes de salón vs marcha en cinta rodante.

El grupo de intervención fue el que realizaba baile de salón y obtuvo resultados significativos en la mejora cognitiva significativa =0.05 con respecto al grupo de ejercicio en cinta rodante.

Ejercicio vigoroso vs caminata.

- Los resultados obtenidos fue una mejora de fuerza en piernas en el grupo en el que realizó ejercicio vigoroso, pero ninguno de los grupos mejoro el equilibrio ni el índice de masa corporal.

Ejercicio de fuerza, resistencia, aeróbicos, equilibrio y flexibilidad.

- Uno de los estudios realizo ejercicios combinados durante unos meses, los resultados fueron que las personas con discapacidad física mejoraron después del tratamiento significativamente ($<0,001$), pero también se observó que ninguna de las mejoras se mantuvo en el tiempo.

Ejercicio de ciclismo vs estiramientos.

- En este caso no se obtuvieron cambios significativos, aunque hubo una disminución en el hipocampo, así como en la cortical, si se comparan los cambios entre los grupos de ciclismo y estiramiento a los 6 y a los 12 meses tampoco fueron significativos.

- Yu F et al, en 2022volvio a realizar otro estudio comparando el ejercicio de ciclismo vs estiramientos y los resultados obtenidos fueron los mismos que en el que realizo en el 2021.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Alzheimer es una demencia de las más importantes, provocadas por alteraciones genéticas, pero también por el ambiente (3), se ha observado que esta enfermedad provoca cambios en determinadas localizaciones del cerebro, como es el caso del lóbulo temporal y el hipocampo, así como en algunas ocasiones aparecen alteraciones en las áreas límbicas provocadas por virus. Además, se ha observado que provoca una disminución a nivel circulatorio en el cerebro.

- La revisión de estos artículos nos ha permitido conocer que el ejercicio físico aumenta el riego de circulación sanguínea a nivel cerebral (16), aunque a nivel cortical no se ha conseguido frenar o disminuir los cambios corticales que se dan con el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer, bien es cierto que los estudios más recientes son los que han realizado pruebas de imagen y han permitido ver la repercusión que provoca el ejercicio físico a nivel cortical, ya que hasta ahora solo se medían con escalas para valorar los cambios a nivel cognitivo y si había un cambio o evolución a nivel de la enfermedad.
- A pesar de que los cambios no se mantienen en el tiempo, se ha visto que el ejercicio físico provoca cambios positivos en personas portadoras APOE2 y APO4 (5,16), al igual que ha ocurrido a nivel cardiorrespiratorio (4,9,16).
- Blumen HM et al., observó cambios significativos a nivel cognitivo en el grupo que realizó bailes de salón con respecto al grupo que solo camino.
- Por lo que, sería necesario continuar realizando estudios con pruebas de imagen que nos permita conocer los cambios que puede provocar el ejercicio físico a nivel cerebral en una persona con enfermedad de Alzheimer, ya que el uso de escalas es mucho menos objetivo de lo que es una prueba de imagen y además estas nos permiten ver si realmente hay o no cambios a nivel cortical.

6 Bibliografía

1. Hoja informativa sobre la enfermedad de Alzheimer [Internet]. National Institute on Aging. [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/hoja-informativa-sobre-enfermedad-alzheimer>.
2. Sen.es. [citado el 15 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.sen.es/saladeprensa>.
3. López-Pousa S, Vilalta J, Franch J. Barcelona. Manual de Demencias Barcelona Editorial Prous Science. 1996;384–424.

4. Vidoni ED, Perales J, Alshehri M, Giles A-M, Siengsukon CF, Burns JM. Aerobic exercise sustains performance of instrumental activities of daily living in early-stage Alzheimer disease. *J Geriatr Phys Ther* [Internet]. 2019;42(3):E129–34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1519/JPT.0000000000000172>.
5. Park KS, Ganesh AB, Berry NT, Mobley YP, Karper WB, Labban JD, et al. The effect of physical activity on cognition relative to APOE genotype (PAAD-2): study protocol for a phase II randomized control trial. *BMC Neurol* [Internet]. 2020;20(1):231. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12883-020-01732-1>.
6. Lam LCW, Chan WC, Kwok TCY, Lee JSW, Yu BML, Lee S, et al. Combined physical exercise-working memory training on slowing down cognitive decline in elders with mild clinical Alzheimer disease: a randomised controlled study (abridged secondary publication). *Hong Kong Med J*. 2022;28 Suppl 3(3):28–30.
7. Gaitán JM, Moon HY, Stremlau M, Dubal DB, Cook DB, Okonkwo OC, et al. Effects of aerobic exercise training on systemic biomarkers and cognition in late middle-aged adults at risk for Alzheimer’s disease. *Front Endocrinol (Lausanne)* [Internet]. 2021;12:660181. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fendo.2021.660181>.
8. Yu F, Vock DM, Zhang L, Salisbury D, Nelson NW, Chow LS, et al. Cognitive effects of aerobic exercise in Alzheimer’s disease: A pilot randomized controlled trial. *J Alzheimers Dis* [Internet]. 2021;80(1):233–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3233/JAD-201100>.
9. Vidoni ED, Morris JK, Watts A, Perry M, Clutton J, Van Sciver A, et al. Effect of aerobic exercise on amyloid accumulation in preclinical Alzheimer’s: A 1-year randomized controlled trial. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(1):e0244893. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0244893>
10. Yu F, Salisbury D, Mathiason MA. Inter-individual differences in the responses to aerobic exercise in Alzheimer’s disease: Findings from the FIT-AD trial. *J Sport Health Sci* [Internet]. 2021;10(1):65–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jshs.2020.05.007>.
11. Uijen IL, Aaronson JA, Karssemeijer EGA, Olde Rikkert MGM, Kessels RPC. Individual differences in the effects of physical activity on cognitive function in people with mild to moderate dementia. *J Alzheimers Dis* [Internet]. 2020;74(2):435–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3233/JAD-190606>.
12. Belleville S, Cloutier S, Mellah S, Willis S, Vellas B, Andrieu S, et al. Is more always better? Dose effect in a multidomain intervention in older adults at risk of dementia. *Alzheimers Dement* [Internet]. 2022;18(11):2140–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/alz.12544>.
13. Blumen HM, Ayers E, Wang C, Ambrose AF, Verghese J. A social dancing

pilot intervention for older adults at high risk for Alzheimer's disease and related dementias. *Neurodegener Dis Manag* [Internet]. 2020;10(4):183–94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2217/nmt-2020-0002>.

14. Cox KL, Cyarto EV, Ellis KA, Ames D, Desmond P, Phal P, et al. A randomized controlled trial of adherence to a 24-month home-based physical activity program and the health benefits for older adults at risk of Alzheimer's disease: The AIBL active-study. *J Alzheimers Dis* [Internet]. 2019;70(s1):S187–205. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3233/JAD-180521>.

15. Teri L, Logsdon RG, McCurry SM, Pike KC, McGough EL. Translating an evidence-based multicomponent intervention for older adults with dementia and caregivers. *Gerontologist* [Internet]. 2018; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gny122>.

16. Vioni ED, Morris JK, Palmer JA, Li Y, White D, Kueck PJ, et al. Dementia risk and dynamic response to exercise: A non-randomized clinical trial. *PLoS One* [Internet]. 2022;17(7):e0265860. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0265860>.

17. Komulainen P, Tuomilehto J, Savonen K, Männikkö R, Hassinen M, Lakka TA, et al. Exercise, diet, and cognition in a 4-year randomized controlled trial: Dose-Responses to Exercise Training (DR's EXTRA). *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2021;113(6):1428–39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/ajcn/nqab018>.

18. Yu F, Mathiason MA, Han S, Gunter JL, Jones D, Botha H, et al. Mechanistic effects of aerobic exercise in Alzheimer's disease: Imaging findings from the pilot FIT-AD trial. *Front Aging Neurosci* [Internet]. 2021;13:703691. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fnagi.2021.703691>.

19. Yu F, Han SY, Salisbury D, Pruzin JJ, Geda Y, Caselli RJ, et al. Feasibility and preliminary effects of exercise interventions on plasma biomarkers of Alzheimer's disease in the FIT-AD trial: a randomized pilot study in older adults with Alzheimer's dementia. *Pilot Feasibility Stud* [Internet]. 2022;8(1):243. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s40814-022-01200-2>.

Capítulo 330

HIDROTERAPIA COMO ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON ICTUS

MARÍA VILLALBA PUENTE

REMEDIOS GRANERO CAMPILLO

LIDIA CALONGE TIREZ

DANIEL MORALES MORENO

ALTEA VELASCO BARROSO

1 Introducción

El accidente cerebrovascular (ACV) se trata de una enfermedad ocasionada por una disminución o falta de aporte sanguíneo a una parte del cerebro, al no recibir la sangre que es la que aporta el oxígeno y los nutrientes provoca una muerte de las células cerebrales en pocos minutos, provocando daños cerebrales importantes e incluso la muerte. Existen dos tipos de accidentes cerebrovasculares, el isquémico ocasionados por un coágulo que provoca un bloqueo en un vaso sanguíneo del cerebro, son el 80%, o un el hemorrágico provocado por una rotura de un vaso sanguíneo y sangra en el cerebro (1), su incidencia en Europa ha variado de 95 a 290 por cada 100.000 habitantes/año. Provocando trastornos de la marcha en el 63,6% de los casos, siendo la mejora de esta uno de los objetivos en el proceso de rehabilitación (2). Se trata de la primera causa de discapacidad entre los

adultos del mundo industrializado, el 80% sobrevive al ICTUS, pero solamente un 37% vuelve a caminar de manera independiente después de un tratamiento de rehabilitación (3).

La hidroterapia es aquella que se basa en el uso del agua con fines terapéuticos, algunos de los efectos terapéuticos nos permiten aliviar dolores por contracturas, evitar posturas viciosas y con rigidez, y permite cargar desde el principio, así como el trabajo de la marcha.

2 Objetivos

Los objetivos de esa revisión son conocer los beneficios que suponen la hidroterapia o terapia acuática en el tratamiento rehabilitador de pacientes con ICTUS.

3 Metodología

Se realizaron diferentes búsquedas, una de ellas en Google Scholar usando los términos hemiplejía e hidroterapia, se obtuvieron 645 resultados, cuando se pusieron los filtros de los años de publicación de 2019-2023 la búsqueda se redujo a 175 resultados, pero muchos de los artículos no hacían referencia a la terapia que buscábamos por lo que se llevó a cabo otra búsqueda en la base de datos de PubMed.

Cuando se realizó la búsqueda en Pub Med con los términos “brainstem stroke” OR “cerebral stroke” AND “aquatic therapy” se obtuvieron 4320 resultados, se acotó la búsqueda a los años de 2019-2023 y se obtuvieron 1482 resultados, una búsqueda con muchos resultados que no valían para nuestra revisión, ya que abarcaba temas que no eran de nuestro interés, si se usaban esos términos en términos MeSH solo se obtenían 2 resultados. Por lo que se decidió buscar con otros términos.

Se volvió a buscar en Google Scholar hidroterapia en ictus isquémicos apareciendo de 2019 a 2023, 100 resultados en la búsqueda, por lo que se buscó de nuevo en Pub Med con términos MeSH “stroke rehabilitation” AND “hydrotherapy” obteniéndose 19 resultados, cuando se aplicó el filtro de Clinical Trial los resultados se redujeron a 5.

Estos 5 resultados cumplían los criterios de inclusión, ya que en todos hacían referencia a la hidroterapia y las hemiplejías. Los 5 artículos que se obtuvieron en la búsqueda estaban en inglés, además uno de los que se encontró en google académico estaba muy relacionado con el tema de nuestra revisión y decidió incluirse.

Se revisaron los títulos de los artículos, así como los resúmenes de los mismos, todos ellos se incluyeron porque los cinco artículos estaban relacionados con los objetivos de esta revisión, se incluyeron artículos tanto en español como en inglés, no se excluyó ningún artículo, ya que los resultados de la búsqueda fueron muy reducidos y todos hacían referencia a la hidroterapia y pacientes con hemiplejía.

Se excluyó la búsqueda anterior completa, ya que muchos de los artículos no hacían referencia a la búsqueda que se estaba llevando a cabo.

4 Resultados

En todos los estudios revisados se obtuvieron diferencias significativas ($p < 0.05$) entre el abordaje del paciente con ACV/ICTUS de cinesiterapia en gimnasio o abordaje convencional y aquellos que realizaron terapia acuática.

Furani A et al., observó que los pacientes que realizaron terapia acuática mejoraron su marcha, ya que midieron parámetros como la superficie plantar del pie, así como la carga plantar de cada pie. También se han obtenido mejoras en el equilibrio en otros estudios (4,5,6).

Se observó en el estudio realizado por Furani A et al., en el grupo de intervención de terapia acuática se obtuvieron mejoras significativas de las escalas Barthel, medida independencia funcional (FIM), Escala Ranking Modificada y Tinetti en el grupo en el que se realizó la terapia acuática, sin embargo, en el grupo control, en el que se realizó una intervención convencional solo se obtuvieron mejoras significativas en la escala Barthel. En el estudio de Eyvaz N et al., también aparecieron mejoras significativas en las escalas citadas anteriormente.

El estudio de Tripp F et al., también analizó la deambulación funcional y paso la Berg Balance Scale la que hubo una mejora significativa en el grupo de intervención, pero el índice de movilidad no fue significativo en este grupo, la escala de Berg también fue significativa en el estudio de Zhu Z et al., así como Tinetti y Timed Up and Go.

En el estudio realizado por Lee SY et al., se observaron diferencias significativas en cuanto a la mejora de la fuerza isométrica de la musculatura tanto flexora como extensora de la pierna hemipléjica (afectada por el ICTUS).

Todas estas mejoras se ven reflejadas en la mejora significativa que mide en el estudio de Eyvaz N et al., en el que hay mejoras en la función física, en la limitación del rol físico, mejorar de la vitalidad, función social, y salud mental.

5 Discusión-Conclusión

La hidroterapia o terapia acuática podría ser una terapia alternativa a la fisioterapia que se lleva a cabo en camilla o incluso ser complementaria, ya que en los diferentes estudios citados anteriormente se han observado efectos beneficiosos en el proceso rehabilitador de pacientes que han sufrido ICTUS, consiguiendo una mejor marcha tras su intervención que aquellos que han sido tratados con fisioterapia convencional.

Además de obtenerse mejores resultados con la terapia acuática, esta facilita el trabajo al paciente, ya que permite trabajar eliminando la fuerza de la gravedad, ayudando a que a los pacientes les pese menos sus extremidades y facilitando movimientos que en el medio terrestre pueden suponer un gran esfuerzo para ellos.

A pesar de los efectos positivos de esta terapia, existen muy pocos estudios que hagan referencia a la misma, así como muy poco abordaje terapéutico en los pacientes con esta patología, ya que en muy pocos hospitales existen piscinas que permitan realizar este tipo de abordaje.

6 Bibliografía

1. Accidente cerebrovascular. Blood, Heart and Circulation [Internet]. 2002 [citado el 28 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/stroke.html>.
2. Vieira A, Lambeck J, Romay-Barrero H, Martínez-Galán I. Efectos de un programa de terapia acuática en la marcha y funcionalidad en el accidente cerebrovascular crónico: estudio de un caso. Fisioter (Madr, Ed, Impresa) [Internet]. 2021;43(5):304–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2021.01.004>.
3. Furnari A, Calabrò RS, Gervasi G, La Fauci-Belponer F, Marzo A, Berbiglia F, et al. Is hydrokinesitherapy effective on gait and balance in patients with stroke? A clinical and baropodometric investigation. Brain Inj [Internet]. 2014;28(8):1109–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3109/02699052.2014.910700>.
4. Tripp F, Krakow K. Effects of an aquatic therapy approach (Halliwick-Therapy) on functional mobility in subacute stroke patients: a randomized controlled trial. Clin Rehabil [Internet]. 2014;28(5):432–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0269215513504942>.
5. Zhu Z, Cui L, Yin M, Yu Y, Zhou X, Wang H, et al. Hydrotherapy vs. conventional land-based exercise for improving walking and balance after stroke: a randomized controlled trial. Clin Rehabil [Internet]. 2016;30(6):587–93. Disponible

en: <http://dx.doi.org/10.1177/0269215515593392>.

6. Eyvaz N, Dundar U, Yesil H. Effects of water-based and land-based exercises on walking and balance functions of patients with hemiplegia. *NeuroRehabilitation* [Internet]. 2018;43(2):237–46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3233/nre-182422>

7. Lee SY, Im SH, Kim BR, Han EY. The effects of a motorized aquatic treadmill exercise program on muscle strength, cardiorespiratory fitness, and clinical function in subacute stroke patients: A randomized controlled pilot trial. *Am J Phys Med Rehabil* [Internet]. 2018;97(8):533–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/phm.0000000000000920>.

Capítulo 331

ABORDAJE DEL DOLOR LUMBAR INESPECÍFICO MEDIANTE EL USO DE VENDAJE NEUROMUSCULAR

MIRIAN MORATO LÓPEZ

MARIO GARCÍA MARTÍN

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

ANA MARÍA MARTÍN TALAVERA

1 Introducción

Denominamos dolor lumbar o lumbalgia, al originado en la región lumbar del cuerpo, entre las vértebras L1 y L5. Es una patología muy común, con alta prevalencia en la sociedad, con alto riesgo de padecerla en cualquier rango de edad y que lleva al año un gran coste económico unido a alto grado de absentismo laboral, siendo una de las principales causas de absentismo laboral.

La lumbalgia inespecífica es aquella en las que no se encuentra una clara causa que la desencadene, ni mediante la exploración ni por pruebas de imagen. No se ha obtenido una causa clara, pero se consideran como factores los siguientes: postura, sedentarismo, factores biológicos, psicosociales, sobrepeso, entre otros. En este artículo queremos centrarnos en uno de los tratamientos más habituales para dolor lumbar, como es el uso de vendaje neuromuscular. Dicha técnica es

ampliamente utilizada en las clínicas de fisioterapia por sus resultados, en cuanto a reducción del dolor y mejora de la movilidad y, por tanto, de la calidad de vida de los pacientes. Nuestra intención es realizar un tratamiento fisioterápico basado en la ciencia para nuestros pacientes, por lo que queremos saber si el uso de esta técnica fisioterápica lo avala la evidencia científica actual.

2 Objetivos

- Valorar el uso de vendaje neuromuscular como técnica reductora de dolor en el tratamiento del dolor lumbar.
- Objetivar la mejora o no en la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes con dolor lumbar.

3 Metodología

Buscando dentro de la base de datos de Pubmed, hemos encontrado una amplia bibliografía acerca del tema vendaje neuromuscular en el dolor lumbar. Hemos seleccionado tres artículos de dicha búsqueda, todos ellos revisiones bibliográficas y con una antigüedad no superior a cinco años.

Como operadores booleanos utilizamos “and,” “or” y “not” y las palabras claves seleccionadas fueron: low back pain, kinesio tape, rehabilitation, physiotherapy y sus traducciones en castellano dolor lumbar inespecífico, vendaje neuromuscular, rehabilitación, fisioterapia.

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras la lectura y análisis de los artículos seleccionados son los que siguen:

En la primera de dichas revisiones bibliográficas, se valoran ocho artículos en los que los resultados obtenidos concluyen que la utilización del vendaje neuromuscular en pacientes con dolor lumbar inespecífico es beneficiosa. Se logró una mayor mejoría con el uso de esta técnica en los pacientes con dolor lumbar inespecífico, en comparativa con el grupo control, en cuanto a la reducción del dolor, disminución de la discapacidad y mejora en las actividades de la vida diaria.

En la segunda de dichas revisiones, se analizan diez artículos donde se dividen a los pacientes en dos grupos. El primero consta de 317 pacientes a los que se les

aplica vendaje neuromuscular y, el segundo grupo o grupo control, en el que no se aplicó dicha técnica. En ambos grupos se analizó tanto dolor como discapacidad. Los resultados obtenidos fueron que no había una clara mejoría de los pacientes por la aplicación de vendaje neuromuscular, en cuanto a nivel de dolor, pero, sí se observa una clara mejoría respecto al grupo control, en cuanto a la reducción de la discapacidad.

La tercera y última de dichas revisiones, se compone de un total de doce ensayos clínicos controlados. En dichos ensayos se observa una disminución marcada del dolor y la discapacidad con la consiguiente mejora en cuanto a calidad de vida del paciente con dolor lumbar inespecífico. Los resultados obtenidos reflejan que la aplicación del vendaje neuromuscular unido a técnicas de tratamiento fisioterápico conlleva una reducción del dolor mayor, disminución de la discapacidad y mejora en la calidad de vida del paciente respecto a la aplicación del uso del vendaje neuromuscular de forma aislada.

5 Discusión-Conclusión

Basándonos en los datos obtenidos en las revisiones bibliográficas seleccionadas en este artículo, concluimos que, con el uso del vendaje neuromuscular como técnica de tratamiento fisioterápico en el dolor lumbar, existe un claro beneficio en la reducción del dolor de los pacientes y a mejora de la discapacidad. Tanto si se trata de forma aislada con vendaje como unido a otras técnicas de tratamiento fisioterápico.

Aunque de ambas formas de aplicación, de forma aislada o como tratamiento coadyuvante, tras analizar los resultados de los artículos seleccionados, el más adecuado es el tratamiento del vendaje como técnica coadyuvante, ya que el beneficio en los pacientes es mayor que la aplicación aislada.

Por lo tanto, el uso de vendaje neuromuscular en el tratamiento de nuestros pacientes con dolor lumbar inespecífico está avalado por la ciencia y es plenamente recomendable su utilización.

6 Bibliografía

Sheng Y, Duan Z, Qu Q, Chen W, Yu B. Kinesio taping in treatment of chronic non-specific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *J Rehabil Med*. 2019 Oct 29;51(10):734-740. doi: 10.2340/16501977-2605. PMID: 31544952.

Li Y, Yin Y, Jia G, Chen H, Yu L, Wu D. Effects of kinesiotape on pain and disability in individuals with chronic low back pain: a systematic review and meta-

analysis of randomized controlled trials. Clin Rehabil. 2019 Apr;33(4):596-606. doi: 10.1177/0269215518817804. Epub 2018 Dec 11. PMID: 30526011.

Sun G, Lou Q. The efficacy of kinesiotaping as an adjunct to physical therapy for chronic low back pain for at least two weeks: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Medicine (Baltimore). 2021 Dec 10;100(49):e28170. doi: 10.1097/MD.00000000000028170. PMID: 34889291; PMCID: PMC8663828.

Capítulo 332

EFICACIA DE LA PUNCIÓN SECA APLICADA EN FISIOTERAPIA EN LOS PUNTOS GATILLO MIOFASCIALES DEL CUELLO

RAFAEL GUZMÁN ASOLAS

JOAQUÍN CASAS CARRASCO

1 Introducción

El dolor mecánico de cuello es una afección músculo-esquelética que, si no se realiza ningún tratamiento a tiempo, puede cronificarse y provocar serios problemas funcionales. Se estima que tres de cada cuatro personas pueden sufrir dolor cervical alguna vez en su vida.

Su etiología es multifactorial. Hay autores que propusieron que los puntos gatillo (puntos de activación miofasciales o "trigger points"), pueden ser esenciales a la hora de desarrollar dolor de cuello. El doctor David G. Simons definió los puntos gatillo como una "mancha hipersensible ubicada en una banda tensa de músculo que puede causar dolor referido y fenómenos motores".

La fisioterapia suele ser la primera opción terapéutica que buscan las personas que sufren dolor de cuello, empleando distintas técnicas como terapia manual, ejercicios y reeducación postural, demostrando todas ellas ser efectivas para su tratamiento.

Una de las técnicas más controvertidas es la aplicación de la punción seca en dichos puntos gatillo miofasciales, ya que cada vez su uso es mayor entre los

fisioterapeutas, pero, aunque no haya evidencia que contraindique su empleo, no ha habido suficientes estudios que avalen su efectividad.

En este capítulo se mostrará qué dice la literatura más reciente acerca del empleo de la punción seca en fisioterapia sobre los puntos gatillo miofasciales del cuello.

2 Objetivos

- Conocer qué dice la literatura más actual acerca de la aplicación de punción seca en los puntos gatillo miofasciales del cuello.
- Evidenciar si la utilización de la punción seca es efectiva para la recuperación de estos pacientes.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante la consulta de diversas bases de datos científicas: PubMed, Cochrane, Scielo y PEDro.

Como palabras clave ("keywords") se han utilizado "trigger point", "dry needling" y "neck".

Se han escogido aquellas publicaciones de los últimos cinco años.

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras la lectura y análisis de los artículos seleccionados son bastante esclarecedores.

La punción seca puede ser efectiva para el tratamiento de los puntos gatillo miofasciales del cuello, principalmente del músculo trapecio, en cuanto al manejo del dolor, funcionalidad y movilidad, pero no es más efectivo que otras técnicas de fisioterapia como podría ser la terapia manual. Los beneficios se encontrarían sobre todo a corto plazo, no hallándose evidencia científica suficiente que avale su uso a medio o a largo plazo.

Lo más efectivo sería combinar la punción seca con otras técnicas, como la ya mencionada terapia manual. Aplicada de esta manera, la recuperación funcional es mayor, la intensidad del dolor disminuye, otras consecuencias derivadas del dolor de cuello por causa muscular se ven reducidas, como mareos y dolor de cabeza, y la movilidad activa del cuello mejora considerablemente.

En cuando a dónde colocar las agujas, no es necesario aplicarlas en sitios concretos dentro del músculo afectado, se pueden poner en cualquier zona (la ubicación

no necesariamente tiene que ser precisa). Además, con respecto al número de agujas a utilizar para el tratamiento de fisioterapia de los puntos gatillo miofasciales del cuello, tampoco es necesario emplear un número elevado de agujas, no hay evidencia científica que demuestre que a más agujas utilizadas mayores va a ser la recuperación funcional ni va a mejorar el dolor más rápidamente.

Uno de los beneficios que se encuentra tras el uso de la punción seca es que no se genera tanto dolor por presión como si se realiza terapia manual u otras técnicas invasivas. Por el contrario, es necesario tener unas medidas de higiene elevadas, ya que el riesgo de infección es mayor.

Todos los estudios concluyen en que es necesario seguir investigando y realizando estudios, puesto que, si bien a corto plazo sí se observa mejoría, a medio y a largo plazo no hay evidencia científica que demuestre su eficacia.

5 Discusión-Conclusión

La punción seca es efectiva para el manejo y el tratamiento de los puntos gatillo miofasciales del cuello, aunque por sí sola no sería la técnica de elección. Si se combina con otras técnicas como la terapia manual, la recuperación y beneficios en los pacientes es mayor en cuanto a su funcionalidad, reducción de dolor y movimiento activo del cuello.

No es necesario aplicar las agujas en sitios concretos dentro del músculo, se pueden colocar en cualquier zona muscular afectada, y tampoco es necesario poner un número elevado de agujas, ya que no se ha visto que un número elevado de agujas afecte positivamente.

Se necesita seguir haciendo estudios sobre este tema para tener mayor evidencia científica.

6 Bibliografía

1. Lew J, Kim J, Nair P. "Comparison of dry needling and trigger point manual therapy in patients with neck and upper back myofascial pain syndrome: a systematic review and meta-analysis". *J Man Manip Ther*. 2021 Jun;29(3):136-146.
2. Navarro-Santana MJ, Sanchez-Infante J, Fernández-de-Las-Peñas C, Cleland JA, Martín-Casas P, Plaza-Manzano G. "Effectiveness of Dry Needling for Myofascial Trigger Points Associated with Neck Pain Symptoms: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis". *Clin Med*. 2020 Oct 14;9(10):3300.
3. Fernández-De-Las-Peñas C, Plaza-Manzano G, Sanchez-Infante J, Gómez-Chiguanó GF, Cleland JA, Arias-Buría JL, López-de-Uralde-Villanueva I, Navarro-

Santana MJ. "Is Dry Needling Effective When Combined with Other Therapies for Myofascial Trigger Points Associated with Neck Pain Symptoms? A Systematic Review and Meta-Analysis". *Pain Res Manag*. 2021 Feb 2;2021:8836427.

4. Martín-Sacristán L, Calvo-Lobo C, Pecos-Martín D, Fernández-Carnero J, Alonso-Pérez JL. "Dry needling in active or latent trigger point in patients with neck pain: a randomized clinical trial". *Sci Rep*. 2022 Feb 24;12(1):3188.

5. Lew J, Kim J, Nair P. "Comparison of dry needling and trigger point manual therapy in patients with neck and upper back myofascial pain syndrome: a systematic review and meta-analysis". *J Man Manip Ther*. 2021 Jun;29(3):136-146.

6. Navarro-Santana MJ, Sanchez-Infante J, Gómez-Chiguano GF, Cleland JA, Fernández-de-Las-Peñas C, Martín-Casas P, Plaza-Manzano G. "Dry Needling Versus Trigger Point Injection for Neck Pain Symptoms Associated with Myofascial Trigger Points: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Pain Med*. 2022 Mar 2;23(3):515-525.

Capítulo 333

EJERCICIO AERÓBICO EN PACIENTE CON MIGRAÑA

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

MIRIAN MORATO LÓPEZ

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

MARIO GARCÍA MARTÍN

1 Introducción

La migraña es una enfermedad muy incapacitante, multifactorial, hereditaria y neurovascular, definida como dolor de cabeza primario. Se caracteriza como un dolor pulsátil unilateral que tiene una prevalencia global del 11.6% en personas menores de 50 años. El aura en la migraña puede aparecer tanto antes como durante el dolor de cabeza y los síntomas más habituales descritos por los pacientes es dolor, náuseas con o sin vómitos, fotofobia y fonofobia.

Conociendo la alta prevalencia de las migrañas, es de gran interés conocer un tratamiento efectivo para las mismas, ya que generan un impacto social y económico importante en nuestra sociedad actual. El tratamiento se puede dividir de manera simple entre farmacológico y no farmacológico. Pese al escaso número de evidencia científica con respecto al tratamiento no farmacológico, desde la fisioterapia se ha encontrado que realizar ejercicio aeróbico de manera frecuente genera una disminución de la sintomatología.

Se ha llegado a la conclusión en diferentes estudios la dificultad sobre la planificación del ejercicio aeróbico en los pacientes con migraña. Esto es debido a

que una intensidad muy elevada para pacientes con poco entrenamiento puede causar un incremento de la sintomatología tanto a nivel de disminución del umbral de dolor como en frecuencia mensual del mismo.

2 Objetivos

El objetivo es conocer cómo afecta el ejercicio aeróbico en diferentes variables como la intensidad del dolor, la frecuencia, la duración y la discapacidad causada por la migraña.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Conocemos gracias a la literatura actual que el ejercicio aeróbico es capaz de disminuir puntos de presión dolorosos, lo que conlleva una activación del sistema inhibitorio descendente del dolor. Este sistema inhibitorio descendente del dolor en aquellos pacientes con migraña se encontrará de manera deficitaria. Se entiende por ejercicio aeróbico, el ejercicio que engloba actividad de una intensidad mínima moderada como andar rápido, correr o ciclismo.

El ejercicio aeróbico consigue que disminuya la frecuencia en pacientes con migraña, sobre todo en un corto plazo, y se ha observado que hay una diferencia significativa en los resultados obteniendo mejores resultados en aquellos pacientes que realizaron ejercicio en grupo. Otra área donde se mejoraron los resultados tras haber realizado la pauta de ejercicio fue en la calidad de vida. En algunos de los estudios se utilizó un tratamiento combinado de farmacología junto con el ejercicio, en estos estudios se pudo observar una disminución de la necesidad de la farmacología por parte de los pacientes, consiguiendo de esta manera aumentar también su calidad de vida. Cierto es que la calidad de la evidencia con respecto a la calidad de vida es baja o moderada por falta de artículos que hablen sobre ello.

Por otro lado, los pacientes que realizan ejercicio aeróbico también disminuyen el dolor en una escala analógica del dolor. En algunos de los estudios, incluso consiguiendo mejores resultados en un medio plazo más que en un corto plazo. Finalmente, la duración de la migraña se midió mediante autoinformes en todos los estudios, que registraron las horas que el paciente padecía migraña. Tres estudios mostraron mejoras en el grupo de ejercicio, mientras que en otros estudios no se encontraron diferencias significativas.

5 Discusión-Conclusión

Se ha observado que el ejercicio aeróbico ayuda a disminuir tanto intensidad, frecuencia, duración de dolor como calidad de vida en los pacientes. En varios estudios se ha determinado que la reducción del dolor está entre un 20 y un 54% y es el área donde se muestran de manera más contundente las mejoras.

Por otro lado, la disminución de la frecuencia mensual de migraña es algo que hay que continuar estudiando, ya que en algunos de los artículos no se encontraron diferencias significativas, mientras que en otros sí se encuentran estas diferencias.

Para finalizar, es importante destacar que el ejercicio también ha conseguido disminuir el uso de la farmacología, y que el tratamiento combinado e individualizado es el idóneo para los pacientes.

6 Bibliografía

1. GBD 2016 Neurology Collaborators. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2019 May;18(5):459-480. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30499-X. Epub 2019 Mar 14. PMID: 30879893; PMCID: PMC6459001.
2. Hanssen H, Minghetti A, Magon S, Rossmeissl A, Rasenack M, Papadopoulou A, Klenk C, Faude O, Zahner L, Sprenger T, Donath L. Effects of different endurance exercise modalities on migraine days and cerebrovascular health in episodic migraineurs: A randomized controlled trial. *Scand J Med Sci Sports.* 2018 Mar;28(3):1103-1112. doi: 10.1111/sms.13023. Epub 2018 Jan 8. PMID: 29161767.
3. Krøll LS, Hammarlund CS, Linde M, Gard G, Jensen RH. The effects of aerobic exercise for persons with migraine and co-existing tension-type headache and neck pain. A randomized, controlled, clinical trial. *Cephalalgia.*

2018 Oct;38(12):1805-1816. doi: 10.1177/0333102417752119. Epub 2018 Jan 15. PMID: 29333870.

4. La Touche R, Fernández Pérez JJ, Proy Acosta A, González Campodónico L, Martínez García S, Adraos Juárez D, Serrano García B, Angulo-Díaz-Parreño S, Cuenca-Martínez F, Suso-Martí L, Paris-Alemany A. Is aerobic exercise helpful in patients with migraine? A systematic review and meta-analysis. *Scand J Med Sci Sports*. 2020 Jun;30(6):965-982. doi: 10.1111/sms.13625. Epub 2020 Jan 25. PMID: 31904889.

5. Woldeamanuel YW, Oliveira ABD. What is the efficacy of aerobic exercise versus strength training in the treatment of migraine? A systematic review and network meta-analysis of clinical trials. *J Headache Pain*. 2022 Oct 13;23(1):134. doi: 10.1186/s10194-022-01503-y. PMID: 36229774; PMCID: PMC9563744.

Capítulo 334

¿ES EFICAZ LA MAGNETOTERAPIA APLICADA EN FISIOTERAPIA PARA LA ARTROSIS?

RAFAEL GUZMÁN ASOLAS

JOAQUÍN CASAS CARRASCO

1 Introducción

La artrosis es una enfermedad degenerativa crónica. Está causada por la afectación y destrucción del cartílago articular, pudiendo llegar también a los tejidos colindantes (como alteración de la estructura ósea). La principal sintomatología es el dolor de tipo mecánico, rigidez y deformidad articular, y pérdida de la funcionalidad. Se localiza con mayor frecuencia en las articulaciones de la rodilla, cadera, mano, lumbares y cervicales.

Se espera que la prevalencia de la artrosis aumente con el tiempo debido al sedentarismo, obesidad y envejecimiento de la población. Las mujeres, después de la menopausia, tienen aún más riesgo de padecer artrosis por los cambios hormonales sufridos.

Para su manejo y tratamiento, dentro de la fisioterapia se realizan diversas técnicas como la aplicación local de frío y calor, terapia manual, TENS (estimulación eléctrica nerviosa transcutánea), etc. Actualmente cada vez se emplea en mayor medida la magnetoterapia.

La magnetoterapia es una técnica que involucra campos magnéticos que varían en el tiempo y son generados por corrientes eléctricas que pasan a través de una bobina. Hay una alta tolerabilidad debido a los bajos efectos secundarios y

a que es una técnica no invasiva. Sin embargo, la evidencia científica no es clara a la hora de establecer un consenso ni pautas para el correcto tratamiento de la artrosis, por lo que su uso está en entredicho.

En este capítulo se mostrará qué dice la literatura más reciente acerca del empleo de la magnetoterapia en fisioterapia en pacientes afectados por artrosis.

2 Objetivos

Conocer qué dice la literatura más actual acerca de la aplicación de magnetoterapia en pacientes aquejados de artrosis.

Evidenciar si la utilización de la magnetoterapia es efectiva para el tratamiento de estos pacientes.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante la consulta de distintas bases de datos científicas: PEDro, Pubmed, Scielo y Cochrane. Se han seleccionado los artículos científicos más adecuados y relacionados con el tema de estudio.

Como palabras clave ("keywords") se han utilizado "magnetotherapy", "osteoarthritis" y "physiotherapy" escogiendo los artículos publicados en los últimos cinco años.

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras la lectura y análisis de los artículos seleccionados son bastante concretos.

Todos los estudios hablan de la aparente evidencia que respalda que la magnetoterapia, como terapia no invasiva, es efectiva a la hora del manejo de la artrosis en pacientes afectados por tal dolencia. Tendría efectos beneficiosos y protectores para los tejidos articulares (tanto para el cartílago articular como para el tejido sinovial y hueso subcondral) retrasando el desarrollo y la progresión de la artrosis. El dolor se ve disminuido y la funcionalidad de las articulaciones afectadas aumenta en cuanto a la calidad del movimiento. Además, si la magnetoterapia se aplica directamente sobre el hueso subcondral en lugar del cartílago articular, los beneficios son mayores.

También se indica que la forma de aplicación más efectiva para conseguir un mayor beneficio sería la magnetoterapia pulsada. Aun así, varios artículos refle-

jan que se necesitaría realizar más estudios para establecer los parámetros concretos y más óptimos, ya que no hay muestras suficientes de población como para determinarlos.

En cuanto a la duración de los beneficios, la evidencia muestra que sí se consiguen resultados a corto plazo, pero no se encuentran a medio ni a largo plazo. Es por este motivo que su indicación a la hora del tratamiento no tiene suficiente respaldo científico.

Además, no se ha demostrado ser una técnica superior a otras terapias conservadoras de fisioterapia como la terapia manual, la cinesiterapia o la hidroterapia. Lo ideal sería combinar estas técnicas para conseguir un beneficio mayor en cuanto a la reducción del dolor, disminuir la rigidez articular y mejorar el funcionamiento físico de las personas afectadas por artrosis para su desempeño en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

5 Discusión-Conclusión

La magnetoterapia por sí sola no sería la técnica de elección para el tratamiento de la artrosis. Lo ideal es combinarla con otras técnicas como la terapia manual, la cinesiterapia y la hidroterapia para conseguir mayores beneficios.

Además, es una técnica muy bien tolerada debido a que no es invasiva, por lo que los efectos secundarios son mínimos.

La forma más efectiva de empleo sería la magnetoterapia pulsada y aplicada sobre el hueso subcondral en vez del cartílago. En cuanto a los parámetros concretos se necesitan más estudios.

No se halla suficiente evidencia que indique que la magnetoterapia es efectiva a medio y a largo plazo, sí lo es a corto plazo.

6 Bibliografía

1. Letizia Mauro G, Scaturro D, Gimigliano F, Paoletta M, Liguori S, Toro G, Iolascon G, Moretti A. "Physical Agent Modalities in Early Osteoarthritis: A Scoping Review". *Medicina (Kaunas)*. 2021 Oct 26;57(11):1165.
2. Markovic L, Wagner B, Crevenna R. "Effects of pulsed electromagnetic field therapy on outcomes associated with osteoarthritis : A systematic review of systematic reviews". *Wien Klin Wochenschr*. 2022 Jun;134(11-12):425-433.
3. Chen L, Duan X, Xing F, Liu G, Gong M, Li L, Chen R, Xiang Z. "Effects of pulsed electromagnetic field therapy on pain, stiffness and physical function in patients

with knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials". *J Rehabil Med*. 2019 Dec 16;51(11):821-827.

4. Viganò M, Perucca Orfei C, Ragni E, Colombini A, de Girolamo L. "Pain and Functional Scores in Patients Affected by Knee OA after Treatment with Pulsed Electromagnetic and Magnetic Fields: A Meta-Analysis". *Cartilage*. 2021 Dec;13(1_suppl):1749S-1760S.

5. Bagnato GL, Miceli G, Marino N, Sciortino D, Bagnato GF. "Pulsed electromagnetic fields in knee osteoarthritis: a double blind, placebo-controlled, randomized clinical trial". *Rheumatology (Oxford)*. 2016 Apr;55(4):755-62.

Capítulo 335

¿ES EFICAZ LA MOVILIZACIÓN ESCAPULAR COMO TÉCNICA DE FISIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA CAPSULITIS ADHESIVA RETRÁCTIL DEL HOMBRO?

RAFAEL GUZMÁN ASOLAS

JOAQUÍN CASAS CARRASCO

1 Introducción

La capsulitis adhesiva retráctil, más conocida como hombro congelado, es una patología caracterizada por la retracción e inflamación de la cápsula articular del hombro, cursando con restricción del movimiento del hombro, tanto activa como pasivamente, y con dolor.

La etiología es desconocida. Es más común encontrarlo en mujeres y sobre todo a partir de los 40 años, pero puede aparecer a cualquier edad. Suele darse unilateralmente y su evolución varía en torno a los 12-24 meses, dependiendo de la rapidez del tratamiento. Hay determinadas enfermedades metabólicas y endocrinas que predisponen a su aparición. También una inmovilización prolongada, como por ejemplo tras una operación de hombro, puede ser causa de aparición.

Los tratamientos de fisioterapia más actuales para el manejo conservador de la capsulitis adhesiva retráctil del hombro incluyen terapia manual, ejercicio terapéutico, educación para el paciente, estiramientos, etc. Dentro de la terapia manual, la movilización ha ganado mucha popularidad entre los fisioterapeutas por

los múltiples beneficios que se pueden conseguir, pero las revisiones hechas anteriormente no se enfocaban directamente en las movilizaciones escapulares, por lo que la evidencia científica no es clara para determinar si dichas movilizaciones son efectivas para el tratamiento de la capsulitis adhesiva retráctil del hombro. En este capítulo se mostrará qué dice la literatura más reciente acerca del empleo de las movilizaciones escapulares en fisioterapia en pacientes con capsulitis adhesiva retráctil del hombro.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la eficacia de la movilización escapular como tratamiento de la capsulitis de hombro.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras la lectura y análisis de los artículos seleccionados son bastante contradictorios entre sí.

Por un lado, hay estudios que indican que la movilización escapular, aplicada de forma aislada, es eficaz por sí sola para mejorar el dolor, el rango de movimiento articular y mejora la calidad de vida de las personas con capsulitis adhesiva retráctil. Indican que es incluso más eficaz realizar movilización escapular a realizar solamente ejercicio terapéutico y electroterapia. Aunque señalan que lo más efectivo sería combinar todas estas técnicas para obtener los mejores beneficios a nivel de sintomatología y a nivel de calidad de vida (a la hora de realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria).

También se refleja que es más efectivo realizar las movilizaciones escapulares en fases iniciales de la patología, ya que, cuanto más avance el curso de la enfermedad, peores van a ser los beneficios alcanzados (tanto en calidad como en duración en el tiempo).

Por otro lado, otros estudios indican que las movilizaciones no producen efectos distintos a la realización de terapia manual u otras técnicas de fisioterapia, como pueden ser los estiramientos musculares. No se produce mejoría con respecto a un aumento del rango articular ni a la disminución del dolor. Apuntan además a que la realización de movilizaciones articulares puede provocar irritación de los tejidos en función del curso de la enfermedad, por lo que habría que realizar otras técnicas previamente para preparar al hombro.

Lo que sí reflejan todos los artículos es la necesidad de realizar más estudios que aporten mayor evidencia científica, ya que al ser una patología tan común que puede aparecer en todo tipo de población, las muestras de los pacientes a veces eran muy heterogéneas.

5 Discusión-Conclusión

Las movilizaciones escapulares para el tratamiento de la capsulitis adhesiva retráctil siguen siendo controvertidas porque no hay un consenso claro de su eficacia. Parece que, aplicado en combinación con otras técnicas de terapia manual, ejercicio terapéutico y electroterapia, se producen beneficios mayores, pero habría que tener cuidado con la irritación de los tejidos afectados, por lo que habría que realizar otras técnicas previas para preparar al hombro.

Es por eso que es necesario seguir investigando sobre este tema para sacar conclusiones más concretas que avalen el uso de las movilizaciones escapulares para el tratamiento de la capsulitis adhesiva retráctil del hombro.

6 Bibliografía

1. Satpute K, Reid S, Mitchell T, Mackay G, Hall T. "Efficacy of mobilization with movement (MWM) for shoulder conditions: a systematic review and meta-analysis". *J Man Manip Ther.* 2022 Feb;30(1):13-32.
2. Ferlito R, Testa G, McCracken KL, Moscato S, Zerbito GM, Panvini FMC, Blatti C, Pavone V, Sapienza M. "Effectiveness of Therapeutical Interventions on the Scapulothoracic Complex in the Management of Patients with Subacromial Impingement and Frozen Shoulder: A Systematic Review". *J Funct Morphol Kinesiol.* 2023 Mar 27;8(2):38.
3. Olguín-Huerta C, Araya-Quintanilla F, Moncada-Ramírez V, Estrella-Flores E, Cuyúl-Vásquez I, Gutiérrez-Espinoza H. "Effectiveness of scapular mobilization in patients with primary adhesive capsulitis: A systematic review and meta-analysis". *Medicine (Baltimore).* 2023 Jun 2;102(22):e33929.

4. Dueñas L, Balasch-Bernat M, Aguilar-Rodríguez M, Struyf F, Meeus M, Lluch E. "A Manual Therapy and Home Stretching Program in Patients With Primary Frozen Shoulder Contracture Syndrome: A Case Series". *J Orthop Sports Phys Ther.* 2019 Mar;49(3):192-201.
5. Mena-Del Horno S, Balasch-Bernat M, Louw A, Luque-Suarez A, Rodríguez-Brazzarola P, Navarro-Ledesma S, Murillo C, Dueñas L, Lluch E. "Is there any benefit of adding a central nervous system-focused intervention to a manual therapy and home stretching program for people with frozen shoulder? A randomized controlled trial". *J Shoulder Elbow Surg.* 2023 Jul;32(7):1401-1411.

Capítulo 336

EFICACIA DE LA PUNCIÓN SECA EN EL DOLOR DE CUELLO

MARIO GARCÍA MARTÍN

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

MIRIAN MORATO LÓPEZ

1 Introducción

El dolor de cuello o también llamado cervicalgia se define como un dolor en la región cervical de origen variable, localizado entre la línea nuchal superior y las espinas de las escápulas en la parte posterior, y el borde superior de las clavículas. El dolor de cuello es una causa común de dolor en la población general con una prevalencia de 10-15% y afecta alrededor del 67-70% de los adultos en algún momento de sus vidas. Las mujeres son más propensas que los hombres a desarrollar el dolor y la persistencia de los síntomas.

Este tipo de dolor puede ser agudo o crónico, siendo esta última la afección más observada con frecuencia.

Existen varias causas que pueden resultar el dolor de cuello como son:

- Disfunciones posturales o mecánicas
- Hernias o protrusiones discales
- Artrosis o artritis
- Espondilitis
- Espasmos musculares

Estas causas provocarían afectaciones en las articulaciones, estructuras óseas o incluso neurológicas y apareciendo déficits de movilidad, descoordinación e irradiación del dolor a la extremidad superior.

Los puntos gatillos miofasciales (PG) pueden desempeñar un papel en el desarrollo del dolor de cuello. Los PG se definen como un punto hipersensible ubicado en una banda tensa del músculo esquelético cuya estimulación induce dolor referido y fenómenos motores.

Para la desactivación de esto PG se usa una técnica llamada punción seca (DN) y es una técnica usada en fisioterapia mínimamente invasiva que se realiza mediante unas agujas clavadas en la piel y la musculatura del paciente y que se utiliza para tratar trastornos musculoesqueléticos. Esta técnica se usa para reducir los niveles de dolor, aumentar la movilidad y optimizar el tejido.

2 Objetivos

Para la realización de este artículo se ha marcado un objetivo.

-Observar en la literatura científica si existe eficacia en el uso de la punción seca en el dolor de cuello sin especificar las causas de dicho dolor.

3 Metodología

Para la realización del presente artículo se ha realizado una búsqueda en dos bases de datos, como son Pubmed y Google Scholars en el periodo entre 2019 y 2023. Los términos usados son “Dry Needling” y “neck pain”. De Google Scholar se encontraron 26 artículos y de Pubmed 20, que se redujeron a 15 poniendo el término revisiones sistemáticas. De estos artículos, seleccionamos 3, ya que el resto no cumplían los requisitos para la realización que se buscaba para este artículo.

4 Resultados

Después de haber analizado diversos artículos de revisión sistemática se han encontrado los siguientes resultados:

En el artículo llamado “El efecto de la punción seca en el tratamiento de cervicalgias: una revisión integrativa.” Se observa que la utilización de la punción seca en el tratamiento del dolor de cuello existe una reducción del dolor. Además, afirma que la punción seca es una técnica en fisioterapia mínimamente invasiva

y que tiene como objetivo reducir síntomas, especialmente del dolor. Aparte de esa reducción del dolor, se observa una relajación de la musculatura fascial y un aumento del rango de movimiento.

En la publicación del artículo “Effectiveness of Dry Needling for Myofascial Trigger Points Associated with Neck Pain Symptoms: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis”, se ha determinado que la aplicación de la punción seca por si sola, puede ser efectiva para el tratamiento del dolor de cuello, pero con una evidencia de baja a moderada. Estos efectos se observaron a las 2-12 semanas posteriores al tratamiento y en comparación con placebo o simulación de la realización de la técnica. Además, se ha observado que la simulación de la punción seca ha tenido un efecto terapéutico favorable por su relación con posibles factores cognitivos ante el tratamiento.

En el artículo “Dry Needling in Physical Therapy Treatment of Chronic Neck Pain: Systematic Review”, se evaluaron diversos estudios y se observaron resultados positivos a corto plazo, entre 3-6 meses. La duración de las sesiones de tratamiento oscilaría entre cuatro y seis sesiones, distribuidas en dos-cuatro semanas. Además, en este artículo se centra en la aplicación de la punción seca en el trapecio superior y en el elevador de la escapula, siguiendo los procedimientos descritos por Travell and Simons. Se observa que aparte de la reducción del dolor, hay una mejoría en el rango articular y en el índice del dolor cervical.

Se necesitan más estudios para combinar el seguimiento de variables a corto y largo plazo, preferiblemente en comparación con intervenciones con placebo. Dichos estudios permitirán determinar los cambios inducidos a nivel estructural y funcional de la musculatura afectada, como cambios en los niveles de fuerza o en los patrones de activación muscular derivados de las intervenciones.

5 Discusión-Conclusión

Se observó una limitación importante en relación al tipo de metodología de los estudios, ya que se encontraron artículos que utilizaron diferentes métodos e instrumentos, no permitiendo un análisis más comparativo, destacando así la gran necesidad de incentivar la realización de trabajos científicos sobre este tema en el panorama nacional, ya que la punción seca se ve como una técnica potencial en la intervención de Fisioterapia, especialmente en lo que respecta al tratamiento del dolor de cuello.

A pesar de ciertas limitaciones en los estudios, la punción seca es una técnica muy usada en el tratamiento del dolor de cuello, ya que existen resultados favorables.

6 Bibliografía

- ☒ VERAS, DRA.; SAMPAIO, RC. El efecto de la punción seca en el tratamiento de cervicalgias: una revisión integrativa. Investigación, Sociedad y Desarrollo.
- ☒ Navarro-Santana, M. J., Sanchez-Infante, J., Fernández-de-Las-Peñas, C., Cleland, J. A., Martín-Casas, P., & Plaza-Manzano, G. (2020). Effectiveness of Dry Needling for Myofascial Trigger Points Associated with Neck Pain Symptoms: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of clinical medicine*, 9(10), 3300. <https://doi.org/10.3390/jcm9103300>.
- ☒ Rodríguez-Huguet, M., Vinolo-Gil, M. J., & Góngora-Rodríguez, J. (2022). Dry Needling in Physical Therapy Treatment of Chronic Neck Pain: Systematic Review. *Journal of clinical medicine*, 11(9), 2370. <https://doi.org/10.3390/jcm11092370>

Capítulo 337

FISIOTERAPIA EN EL PARTO DE LA MUJER . EL PERSONAL DE FISIOTERAPEUTA

LAURA LOPEZ SANCHEZ

SERGIO GARCÍA PANIAGUA

1 Introducción

Para comenzar este capítulo , empezaremos hablando sobre el personal de fisioterapeuta que desempeña sus funciones en una institución sanitaria.

Se puede decir, que la fisioterapia, a la que también se le puede llamar terapia física o terapia ocupacional, tiene como objetivo principal reparar en todo lo posible la movilidad física de un paciente.

Por lo tanto, los profesionales de fisioterapeuta han de saber muy bien la anatomía humana y también conocer las herramientas con las que van a realizar su trabajo.

¿Qué es un fisioterapeuta? Un fisioterapeuta es aquel profesional de la salud que en su trabajo ofrece unos tratamientos terapéuticos y de rehabilitación para poder diagnosticar, prevenir y tratar los síntomas de varias dolencias.

En su día a día, el personal de fisioterapeuta se encarga de evaluar y tratar a pacientes que por alguna lesión, enfermedad o por vejez, tienen limitado algún movimiento.

Es muy habitual que el personal médico y otros profesionales relacionados con la salud, deriven algún paciente al personal de fisioterapia.

Además, cada vez más personas acuden directamente al personal de fisioterapia sin antes ir a visitar a otro profesional sanitario.

En este capítulo hablaremos sobre la fisioterapia en el parto de la mujer.

El embarazo es el estado en el que se encuentra una mujer gestante en el periodo comprendido desde la concepción y el nacimiento, con una duración de 37 a 42 semanas. Este periodo se divide en varias fases, la primera es hasta la semana 12, siguiéndole hasta la 28 y por último hasta la 40.

2 Objetivos

-Evidenciar la efectividad de los tratamientos de fisioterapia con ejercicios estructurados para el dolor lumbar y pélvico.

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

Tras estudiar seis ensayos clínicos aleatorizados de los que principalmente trataban de los beneficios de la fisioterapia durante el embarazo, en el cual cabe resaltar las diversas modificaciones que puede sufrir una mujer durante el proceso de embarazo que causa desequilibrios de manera general en todo el cuerpo.

La obstetricia en su ámbito suele centrarse durante todo el proceso en el tratamiento de la corrección postural para ayudar y prevenir las posibles manifestaciones durante el proceso.

Los estudios mostraron el aporte de múltiples beneficios de la fisioterapia obstétrica en el suelo pélvico, reforzando sobre todo el tratamiento de incontinencia urinaria, antes, durante y después del parto. También previniendo y siendo capaz de tratar y controlar el dolor lumbar y pélvico generado, así como el aumento de peso y por consiguiente, los síntomas de edema en miembros inferiores,

son capaces de verse reducidos con terapia manual, higiene y revisión postural así como ejercicios estructurados y específicos de relajación.

De las pacientes tratadas, el 90 % obtuvo un gran resultado de mejora frente a un 7 % que fue parcialmente exitoso y solamente un 3% no obtuvo mejoras significativas. Otro tratamiento que resultó ser muy beneficioso fue el masaje perineal para las episiotomías en el momento del parto y posibles desgarros, aumentando la elasticidad del suelo pélvico para facilitar la salida del bebe.

En otro estudio de similares características, también presentaron diferencias entre dos grupos, obteniendo mejoras significativas el grupo que realizó ejercicios específicos de tratamiento lumbolumbar, así como ejercicio aeróbico en cinta, así como ejercicios de resistencia, destacando la cinta en posición de un 3 % de inclinación, incluyendo ejercicios con banda elástica. La mayoría de los pacientes también obtuvieron mejoras beneficiosas en cuanto a la reducción e intensidad del dolor.

5 Discusión-Conclusión

El papel de la fisioterapia obstétrica es clave, así como fundamental en la mujer embarazada, utilizando técnicas de terapia manual, corrección e higiene postural que propician una mejor calidad de vida, así como ayudan a disminuir el dolor en la mujer embarazada durante todo el proceso de gestación. También el ejercicio físico se ha demostrado la efectividad para el tratamiento y reducción de la incontinencia urinaria, pero no tan efectiva en la disminución del dolor lumbar. El masaje perineal resultó beneficioso aumentando la elasticidad de las paredes de la vagina, reduciendo los procesos de desgarros no solo durante la gestación, sino previo y posterior al parto.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 338

FISIOTERAPIA EN EN MENISCOPATÍA. EL PERSONAL FISIOTERAPEUTA

JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO

SERGIO GARCÍA PANIAGUA

1 Introducción

Para comenzar la presente revisión bibliográfica , empezaremos hablando sobre el personal de fisioterapeuta que desempeña sus funciones en una institución sanitaria.

Se puede decir, que la fisioterapia, a la que también se le puede llamar terapia física o terapia ocupacional, tiene como objetivo principal reparar en todo lo posible la movilidad física de un paciente.

Por lo tanto, los profesionales de fisioterapeuta han de saber muy bien la anatomía humana y también conocer las herramientas con las que van a realizar su trabajo.

¿Qué es un fisioterapeuta? Un fisioterapeuta es aquel profesional de la salud que en su trabajo ofrece unos tratamientos terapéuticos y de rehabilitación para poder diagnosticar, prevenir y tratar los síntomas de varias dolencias.

En su día a día, el personal de fisioterapeuta se encarga de evaluar y tratar a pacientes que por alguna lesión, enfermedad o por vejez, tienen limitado algún movimiento.

Es muy habitual que el personal médico y otros profesionales relacionados con la salud, deriven algún paciente al personal de fisioterapia.

Además, cada vez más personas acuden directamente al personal de fisioterapeuta sin antes ir a visitar a otro profesional sanitario.

En este capítulo hablaremos de la fisioterapia como tratamiento en la menisco-patía. Los meniscos son estructuras anatómicas que presentan un papel importante en la articulación de la rodilla con relación al movimiento, distribución de cargas de peso y estabilidad. Su sintomatología fundamental del menisco es dolor articular al aumento de movimiento de flexión y torsión; el bloqueo articular y la inflamación de la articulación.

2 Objetivos

- Dar a conocer la estructura de las partes blandas y los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el fisioterapeuta en relación con las lesiones de menisco.

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

1. Estructura de las partes blandas.

- Menisco:

Existen dos meniscos que son fibrocartilaginosos en forma de C en la articulación de la rodilla: Uno que es menisco interno y el otro menisco externo. Ambos se insertan por cada extremo a carillas situadas en la región intercondilea de la meseta tibial.

- Membrana sinovial:

La cápsula articular está compuesta por la membrana fibrosa y la membrana sinovial.

- Cápsula articular:

La cápsula de la rodilla es muy laxa en su parte anterior, lo que facilita el movimiento de flexión.

Los meniscos son estructuras anatómicas que desempeñan un importante papel en la articulación de la rodilla con relación a: movimiento articular, distribución

de cargas de peso, y estabilidad.

Las lesiones de los meniscos son provocadas por traumatismos relacionados o no con la actividad deportiva y por trastornos degenerativos que se observan en pacientes, por lo general, por encima de los 40 años de edad.

La sintomatología fundamental de los pacientes con lesiones de menisco es: el dolor en la línea articular que aumenta con los movimientos de flexión y torsión; el bloqueo articular y la inflamación de la articulación. Las maniobras para detectar esta afección son positivas en más del 90% de los enfermos.

Se sabe que en la mayoría de meniscomías la opción más rápida y de buen pronóstico es la remodelación meniscal, aunque, en el presente trabajo de investigación, enfatizamos el tratamiento conservador para las meniscomías con rupturas leves a moderadas, a través del cual se intenta devolver la función y disminuir a la mínima expresión la sintomatología clínica de la lesión.

Es de vital importancia estudiar a fondo la biomecánica del complejo articular de la rodilla, y conocer las diversas técnicas de tratamiento fisioterapéutico, ya que es necesario entender el funcionamiento de esta articulación tan importante para el cuerpo humano.

5 Discusión-Conclusión

La lesión de menisco se observa con relativa frecuencia, y, aunque las causas de la misma son de varios factores completamente determinadas, la frecuencia es mayor en adultos y en deportistas. La etiopatogenia exacta en el menisco es producto de un traumatismo o movimiento brusco relacionado con la actividad diaria o con el deporte.

La sintomatología fundamental de los pacientes con lesiones de menisco es: El dolor en la línea articular que aumenta con los movimientos de flexión y torsión; el bloqueo articular y la inflamación de la articulación. Este tipo de lesión trae muchas complicaciones, como, por ejemplo, una mala marcha con dolor, y más para personas que realizan deporte.

El proceso puede volverse crónico, degenerativo e incapacitante, afectando la calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 339

FISIOTERAPIA EN UN LINFEDEMA QUE HA SIDO CAUSADO POR MASTECTOMÍA

SERGIO GARCÍA PANIAGUA

1 Introducción

Para comenzar la presente revisión bibliográfica, empezaremos hablando sobre el personal de fisioterapeuta que desempeña sus funciones en una institución sanitaria.

Se puede decir, que la fisioterapia, a la que también se le puede llamar terapia física o terapia ocupacional, tiene como objetivo principal reparar en todo lo posible la movilidad física de un paciente.

Por lo tanto, los profesionales de fisioterapeuta han de saber muy bien la anatomía humana y también conocer las herramientas con las que van a realizar su trabajo.

¿Qué es un fisioterapeuta?

Un fisioterapeuta es aquel profesional de la salud que en su trabajo ofrece unos tratamientos terapéuticos y de rehabilitación para poder diagnosticar, prevenir y tratar los síntomas de varias dolencias.

En su día a día, el personal de fisioterapeuta se encarga de evaluar y tratar a pacientes que por alguna lesión, enfermedad o por vejez, tienen limitado algún movimiento.

Es muy habitual que el personal médico y otros profesionales relacionados con la salud, deriven algún paciente al personal de fisioterapia.

Además, cada vez más personas acuden directamente al personal de fisioterapia sin antes ir a visitar a otro profesional sanitario.

En este capítulo hablaremos de la fisioterapia en un linfedema causado por mastectomía.

La mastectomía es el tratamiento de elección más importante cuando nos enfrentamos a un cáncer de mama, y la complicación más frecuente que surge tras esta operación es el linfedema en el miembro superior afecto.

2 Objetivos

- Resumir las pautas del tratamiento fisioterápico en los casos de linfedema en miembros superiores asociados a mastectomías.
- Establecer cuáles son las técnicas más adecuadas para tratar esta patología.

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 95% de las mujeres afectadas de linfedema por causa de una mastectomía son subsidiarias de mejoría con un tratamiento conservador, el cual se basa en 5 pilares fundamentales:

1. Cuidados generales de la piel.

Las pacientes aquejadas de linfedema deben ser escrupulosas con su higiene diaria y cuidado de la piel del miembro afecto. Se recomienda la limpieza con jabón antiséptico, hidratación diaria, precaución con los cortes, infecciones, lesiones y quemaduras. Se recomienda asimismo usar guantes y crema solar.

2. Realización de ejercicios.

Se recomiendan ejercicios suaves y aeróbicos, con una frecuencia de 2-3 veces al día y durante no más de 30 minutos, puesto que las contracciones musculares favorecen la “bomba muscular” haciendo que la linfa circule adecuadamente.

3. Drenaje linfático manual.

El drenaje linfático manual es una técnica fisioterápica específica de masaje que estimula la movilización de la linfa, favoreciendo la eliminación de las sustancias de deshecho acumuladas en el espacio intersticial.

4. Presoterapia.

La presoterapia consiste en el empleo de aparatos específicos que realizan una presión externa neumática generada mediante un sistema de bombeo a través de diversas cámaras de aire, que generan un gradiente de presión que facilita la salida de la linfa de la extremidad afecta.

Las presiones terapéuticas que se aplican serán de unos 40 a 60 mm Hg, inmediatamente después del drenaje linfático manual y durante un tiempo de tratamiento de 30 a 40 minutos.

5. Vendajes compresivos.

A realizar posteriormente a la presoterapia, consiste en colocar vendas con poca elasticidad que producen una presión, baja en el miembro cuando este se encuentra en reposo, pero que aumenta al moverse.

Deberán realizarse con una presión decreciente de distal a proximal y mantenerse durante 23 horas al día.

Se emplean diversos materiales y se realizan varias capas, pudiendo aplicarse mediante distintas técnicas (espiga, semiespiga, circular, espiral).

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento conservador es el tratamiento de elección en una gran mayoría de los linfedemas postmastectomía que nos encontramos. Este tratamiento consiste en diversas técnicas de fisioterapia que deben aplicarse de forma combinada y coordinada para obtener unos resultados óptimos.

Existen multitud de estudios que demuestran que ante un linfedema, una terapia adecuada y aplicada por un fisioterapeuta experto, pueden llegar a disminuir dicho linfedema hasta en un 60%, con lo cual, no solo conseguiremos disminuir el volumen del miembro, sino que mejoraremos también el resto de los aspectos que vienen asociados a esa disminución, tales como evitar complicaciones asociadas, reducir molestias, evitar la progresión, mejorar la funcional del miembro afecto y, por tanto, también la calidad de vida de estas pacientes, que después de todo el proceso oncológico que llevan asociado, necesitan sentir que tanto física como psicológicamente pueden volver a hacer una vida lo más normal posible.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 340

EL AUTOCLAVE COMO MEDIO DE ESTERILIZACIÓN POR PARTE DE LA HIGIENISTA DELTAL EN LA CONSULTA

SARA SÁNCHEZ LOMBARDIA

1 Introducción

Definiremos el término esterilización como la eliminación de todos los microorganismos presentes bien en un objeto como en una superficie mientras que entenderemos como desinfección como la eliminación como parte de los microorganismos siendo por lo tanto la diferencia entre un término y otro si la eliminación de los microorganismos de los objetos y superficies es total o parcial.

En la actualidad el principal método de esterilización más utilizado en la actualidad en las consultas dentales es el autoclave debido a las múltiples ventajas que presenta frente a otros métodos como pueden ser las ondas ionizantes y la estufa de poupinel entre otros pero para conocer el origen de el autoclave tal y como lo conocemos hoy en día nos remontaremos años atrás más concretamente al año mil seiscientos setenta y nueve en Francia donde un físico llamado Denis Papin inventó “el digestor de vapor” conocido actualmente como la olla de vapor considerando por lo tanto esto el inicio de el autoclave. Trás esto en mil ochocientos veinte M. Lemare aladió una serie de modificaciones al diseñado originalmente por Denis Papin. Sin embargo no sería hasta mil ochocientos setenta y nueve gracias a Charles Chamberland donde se utilizaría el autoclave gracias a las múltiples modificaciones realizadas en ese año donde se utilizaría este método de esterilización

el el campo medicina ya que no debemos de olvidar que anteriormente se usaba o estaba orientado a la cocina. Tras este primera incursión en el ámbito de la medicina sufriría múltiples modificaciones hasta conocerlo como lo conocemos en la actualidad.

2 Objetivos

- Determinar las ventajas e inconvenientes que presenta frente a otros métodos de esterilización existentes.
- Establecer las pautas a seguir previas a esterilizar el material que debe de seguir la higienista dental para que el material quede esterilizado.
- Determinar el tipo de material que se puede esterilizar en el autoclave.

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

Tras observar los diferentes métodos de esterilización que se pueden utilizar para el material con el que se trabaja en las consultas dentales se puede establecer o determinar que el autoclave presenta las siguientes ventajas frente al resto de métodos de esterilización tanto físicos como químicos:

- Es un dispositivo tanto de fácil uso como manejo por cualquier profesional por lo que no es necesario invertir un gran tiempo de aprendizaje.
 - Tamaño adecuado ya que no es un dispositivo de grandes dimensiones lo que facilita su adaptación al espacio.
 - Gran capacidad para esterilizar material por lo que se puede esterilizar tanto material de grandes dimensiones como más pequeño y por lo tanto no es necesario instalar diferentes métodos de esterilización según el tamaño del instrumental.
- En cuanto a los inconvenientes que presenta el principal es que no se puede esterilizar material termo-sensible que será aquel que no resiste altas temperaturas,

ya que para una correcta esterilización utiliza vapor de agua caliente haciendo que esté material pueda sufrir defectos al estar sometido a calor.

En cuanto a las actuaciones previas por parte del higienista dental se puede establecer que para una correcta desinfección el material debe de seguir los siguientes pasos preveos que mencionaremos a continuación:

- previa descontaminación del material ya que así eliminamos toda la suciedad incrustada que puede haber como restos de sangre.
- lavado para asegurarnos que no quede ningún resto reduciendo también el riesgo de accidentes por parte de ellos trabajadores.
- aclarado, ya que será necesario por si queda algún resto de detergente utilizado en el paso previo.
- secado puesto que así se eliminar la humedad y se evita que el esterilizado sea incorrecto.

5 Discusión-Conclusión

El proceso de esterilización es una de las tareas fundamentales de el técnico superior en higiene bucodental o higienista bucodental sin olvidarnos de las diversas funciones que este tipo de profesiones realiza a lo largo de su jornada laboral. Realizar correctamente el proceso de esterilización evitar que el paciente se puede contaminar de ellos microorganismos patógenos procedentes de nuestra boca puesto que en nuestra boca se encuentran presentes millones de bacterias que después pasa al torrente sanguíneo de todo nuestro organismo causando múltiples problemas. Pero igual de importante es el proceso de esterilización como realizar de manera correcta y segura los pasos preveos ya que con ellos conseguimos entre otras cosas desincrustar los restos de suciedad que pueda encontrarse en el instrumental asegurándonos con el lavado aclarado y secado que el material este listo para su correcta esterilización sin olvidarnos que en el caso del material termosensible aunque no se puede esterilizar mediante autoclave existen otros métodos .

6 Bibliografía

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

Capítulo 341

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES Y CIRUJANOS DENTISTAS SOBRE PRESCRIPCIÓN POST OPERATORIA DE ANTIBIÓTICOS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

DANIEL ANDRÉ RIVERA AQUIJE

1 Introducción

La salud bucal es importante para que todo nuestro organismo (en general) esté sano, desde luego, una atención minuciosa de parte de los profesionales de odontología es importante para poder llegar a ello; sin embargo, desde la existencia de la humanidad, la condición de la salud bucal se ha visto seriamente vulnerable mostrando altos niveles de prevalencia de enfermedades odonto-estomatológicas. Los antibióticos, por su acción frente a las diferentes patologías, son utilizados como: la primera opción terapéutica farmacológica contra las diferentes enfermedades infecciosas de origen microbiano, estos medicamentos se originaron en base a sustancias sintéticas y sustancias naturales, las cuales actúan inhibiendo microorganismos, interviniendo a nivel molecular, metabólicamente o en estructuras específicas del microorganismo. En los últimos 30 años, los antibióticos han contribuido de forma significativa al aumento de la esperanza de vida de las personas reduciendo radicalmente la morbilidad y mortalidad por patógenos bacterianos. Las infecciones originadas en las estructuras dento-periodontales con-

stituyen el motivo más frecuente de consulta urgente, siendo las más comunes el absceso periapical, pericoronitis y absceso periodontal con un 25%,11% y 7 a 14% respectivamente. Realizar prescripciones de antibióticos erróneas pueden presentar reacciones graves en el paciente y, en algunos casos, generar resistencia antimicrobiana; por lo tanto, es importante conocer el nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas en el uso y prescripción de antibióticos.

2 Objetivos

Realizar una revisión y análisis de conclusiones basadas en revisiones bibliográficas relacionadas con el nivel de conocimiento del cirujano dentista sobre prescripción postoperatoria de antibióticos.

3 Metodología

En el presente capítulo se buscaron publicaciones relacionadas con el conocimiento de prescripciones postoperatoria de antibióticos; se realizó un primer filtro basado en resultados y; se efectuó una revisión y análisis de las conclusiones más relevantes en el nivel de conocimiento enfocado en estudiantes y cirujanos dentistas.

4 Resultados

En el caso de médicos cirujanos el nivel de conocimiento en docentes universitarios llegó a un nivel porcentual mayor a 44% como manera efectiva y 55% alcanzó niveles regulares. En el caso de estudiantes, en los primeros ciclos se presentaron los niveles negativos más elevados con 32%; esto para el tercer ciclo el cual presentó los valores negativos más elevados. En los ciclos intermedios, el nivel negativo alcanzó el 10% lo cual lo hace aceptable para ser un centro educacional de nivel universitario. Las investigaciones también presentaron distintos resultados en base al nivel de estudiantes de los últimos dos ciclos de la carrera; en estos casos cerca del 13% presentó un nivel de conocimiento alto, este nivel es reducido debido a que el campo de exigencia fue mayo; considerando distintos factores como alergias y reacción adversas del paciente. Las investigaciones también se centraron en el género del paciente, en este caso, cerca del 29% de estudiantes femeninas presentaron conocimiento alto y 20% en el caso de estudiantes masculinos. En relación a las edades, el grupo con nivel de conocimiento

alto fue el de las personas con 30 a 35 años de edad quienes presentaron niveles altos superiores a 38%.

En relación al tipo de antibiótico, el uso de amoxicilina de 500mg por medio de la vía oral, 3 veces al día por 7 días es la antibióticoterapia más utilizada de forma postoperatoria en casos de extracciones de terceras molares de complejidad leve, por otro lado, el uso de clindamicina de 300 mg por vía oral, 3 veces al día por 5 - 7 días, es la antibióticoterapia más utilizada en casos de exodoncias de terceras molares con una complejidad moderada y difícil.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día es importante que el cirujano dentista domine diferentes áreas a manera de complemento con su carrera. En el campo de la farmacología, los riesgos postoperatorios más comunes están relacionados con los dolores crónicos y a las posibles infecciones, el nivel de conocimiento de los docentes alcanzó niveles considerados, del mismo modo, en el caso de estudiantes, los niveles fueron satisfactorios, el menor nivel registrado alcanzó el 10% considerando que las muestras fueron realizadas a estudiantes y, en el caso de estudiantes de últimos ciclos, los niveles alcanzaron el 13%. En relación al tipo de antibiótico, la amoxicilina 500 mg es el antibiótico más utilizado en base las revisiones bibliográficas revisadas, en este aspecto, la frecuencia de 3 veces al día por 7 días (amoxicilina 500 mg) es la más utilizada en casos de complejidad leve; en el caso de los casos más complejos, los estudios determinaron que el uso de clindamicina 300 mg por 3 veces al día en un periodo de 5 a 7 días es la prescripción más utilizada.

6 Bibliografía

1. Rivadeneyra (2018). Nivel De Conocimiento Sobre La Prescripción De Antibióticos Por Parte De Los Cirujanos Dentistas Docentes De La Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo Lambayeque.
2. Del Águila (2019). Conocimiento Sobre Prescripción De Antibióticos Según Nivel De Estudios En Alumnos De Odontología De Una Universidad Nacional De Iquitos. Perú.
3. ROMAIN (2019) Esquemas de antibioticoterapia utilizados para la extracción de tercera molar retenida según su complejidad por los cirujanos bucomaxilofaciales de Lima y Callao.

4. CONDORI (2021). Nivel de conocimiento sobre la prescripción de antibióticos de los estudiantes de IX y XI semestre de la facultad de odontología de la universidad latinoamericana CIMA.

Capítulo 342

NIVELES DE CONOCIMIENTO EN PADRES DE FAMILIA SOBRE SALUD BUCAL EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

DANIEL ANDRÉ RIVERA AQUÍJE

1 Introducción

Actualmente, la salud bucal es algo que las personas descuidan bastante asistiendo a citas con el profesional cirujano dentista solo cuando padecen de algún dolor o malestar insoportable. La salud bucal es un tema al que se le debería dar más importancia debido a la cantidad de complicaciones que podría ocasionar si es que se llega a descuidar, existen problemas tales como, carie, dolores, hasta llegar a la pérdida del soporte dental, o incluso, complicaciones en enfermedades presentes en paciente como enfermedades cardíacas o pulmonares, esto en casos más extremos. Para el manejo de enfermedades bucales es importante no solo tener conocimiento de los indicadores clínicos del paciente antes de proceder con el tratamiento, sino también el saber los niveles de conocimiento que el paciente o sus responsables poseen, así como sus prácticas diarias de higiene bucal y su actitud frente a ellas. El tener conocimiento sobre salud bucal ayudará a tanto a los niños como a los padres a gozar no solo de buena salud bucal, sino de salud en general mejorando su calidad de vida, por lo que este estudio es realizado de forma objetiva para evaluar el nivel de conocimiento de salud bucal en padres de familia con niños en edad escolar, esto con el objetivo de evaluar su situación.

2 Objetivos

Analizar los niveles de conocimiento que tienen los padres de familia con niños en edad escolar sobre la salud bucal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Se realizó la revisión de tres autores para analizar el nivel de conocimiento que tienen los padres de familia de menores de edad sobre la salud bucal. Al realizar la revisión del primer autor sobre el conocimiento que tienen los padres de familia sobre la salud bucal, se obtuvieron los siguientes resultados: El 70.1 % en buen conocimiento de salud bucal para padres de menores, el 54.5% para medidas preventivas de salud bucal, el 60.4% para temas relacionados con las caries y el 94.1% en relación a dietas. En la segunda revisión, donde se evaluó el nivel de conocimiento que tienen las madres y padres de familia se obtuvieron los siguientes resultados: El 40.4% de los padres en relación a buen nivel de conocimiento sobre salud bucal y el 34.2% para el buen conocimiento sobre salud bucal en relación a las madres. Finalmente, en la última revisión de investigación nacional sobre el nivel de conocimiento sobre la salud oral de padres de niños en edad pre-escolar, se obtuvieron resultados favorables con 63.3% para padres y 66.3% para las madres. Después de haber analizado las investigaciones realizadas por tres distintos autores, podemos considerar que hay temas sobre la salud bucal que se deberían informar con más profundidad para lograr que la salud en general de las personas mejore y así lograr que tengan una mejor calidad de vida. Si bien la salud bucal en el país por parte de los padres de familia es considerada “buena”; sin embargo, se recomienda siempre llegar a valores más favorables, para así lograr que la salud integral de las personas se beneficie y que tanto ellos como sus familiares gocen de buena salud en general.

5 Discusión-Conclusión

Es importante tener conocimiento de la salud bucal en niños para evitar enfermedades a futuro, promover los buenos cuidados en la salud bucal en los padres de familia es necesario para enfrentar estos escenarios. Sin embargo, para iniciar con este recorrido, es importante tener conocimiento del contexto actual. Los niveles de conocimiento de salud bucal superaron las expectativas en base a las tres revisiones bibliográficas y conclusiones evaluadas, los valores mínimos rodearon el 34.2 % y el valor máximo, en temas generales fue de 70.1%. Estos factores son favorables sin embargo siempre se recomienda que estos niveles aumenten gradualmente por las consecuencias presentadas anteriormente. Por lo tanto, es recomendable mejorar los valores obtenidos progresivamente.

6 Bibliografía

1. Aguirre (2015). Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. [Artículo].
2. Bautista (2022). Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de I.E. 302 RUSO, Chimbote, Ancash [Tesis].
3. Aguirre (2022). Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de niños en edad pre-escolar de un centro de salud [Tesis].

Capítulo 343

RECOMENDACIONES DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA DE IMPLANTES POR PARTE DEL ODONTÓLOGO

M^a TERESA ALONSO CARBAJAL

1 Introducción

Se ha recorrido un largo camino para llegar a fabricar los implantes que hoy se utilizan, con sus actuales características, en cuanto a materiales, resistencia, durabilidad y biocompatibilidad. Distintas ramas de la ciencia se han involucrado y siguen investigando en la mejora de los mismos.

En restos arqueológicos del período neolítico de la prehistoria se encuentran indicios que apuntan a la preocupación por la estética dental.

En todas las épocas de la historia se mantuvo dicha preocupación y se intentó reponer los dientes perdidos. Incluso se utilizaron dientes de animales para elaboración de prótesis que salvaran la ausencia de los naturales.

No es hasta 1960, cuando el doctor Branemark descubre los mecanismos de adhesión hueso-metal. Y en 1965 se coloca el primer implante en la boca de un paciente. Desde entonces hasta la actualidad, no cesan las investigaciones para mejorar materiales y técnicas.

2 Objetivos

- Establecer los consejos que el odontólogo debe dar al paciente tras una cirugía de implantes.

- Conocer los factores de riesgo que pueden hacer que los implantes no se integren correctamente en el hueso, o que lleven al fracaso del tratamiento tras la integración.

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 pautas y recomendaciones básicas que el odontólogo debe procurar a los pacientes son las siguientes:

1. Colocar hielo en la zona de la operación, ya que se ha observado, tras los estudios realizados que evitan en más del cincuenta por ciento la posible inflamación que pueda padecer el paciente tras la cirugía.
2. Seguir las recomendaciones que nos dé el odontólogo, ya que se ha comprobado que es una de las mejores medidas preventivas para conseguir que todo vaya bien.
3. Esperar un mínimo de dos o tres horas para ingerir alimentos puesto que el efecto de la anestesia desaparece, en el 60% de los casos, en ese lapso de tiempo.
4. No consumir durante la primera semana alcohol o tabaco (mejor abandonar el hábito tabáquico permanentemente) ya que es uno de los factores que más complicaciones causa tras la cirugía de implantes.
5. Acudir a las revisiones programadas por el odontólogo para hacer un seguimiento completo y preciso de la evolución de la cirugía y así si aparece cualquier contratiempo o complicación poder solucionarlo a tiempo.

En diferentes estudios realizados se ha llegado a establecer que la tasa de éxito de la cirugía de implantes es del 95% de media. Pero existen muchos factores que pueden hacer caer este porcentaje y conducir al fracaso de la cirugía de implantes. Entre ellos cabe mencionar los siguientes:

1. Infecciones tempranas tras la colocación de implantes, ya que este tipo de complicación afecta en torno al 1-2% de los pacientes, pudiendo incluso subir dicho porcentaje al 6%.
2. Enfermedades periimplantarias, las cuales cursan con inflamación de los tejidos blandos acompañada de pérdida de hueso y afectan a pacientes entre un

20-95%. Son las mucositis y perimplantitis.

3. Complicaciones mecánicas, las cuales afectan a un porcentaje muy escaso no llegando ni al 10%.

5 Discusión-Conclusión

La cirugía de implantes es la más frecuente en las clínicas dentales. Será importante que el odontólogo estudie en profundidad las características del paciente a tratar. Se debe realizar un estudio diagnóstico previo de salud general y oral del paciente. No todo paciente es buen candidato a cirugía de implantes. En todas las fases del tratamiento han de darse pautas y recomendaciones a seguir para que el tratamiento tenga éxito.

El paciente debe confiar en el profesional que le va a tratar y seguir sus consejos. El odontólogo debe dejarle claro que las recomendaciones que le transmite al paciente son necesarias para evitar fracasos de tratamientos y que es necesario un seguimiento y revisiones periódicas para que este funcione. Las revisiones servirán para detectar de forma precoz posibles complicaciones y poder atajarlas.

6 Bibliografía

1. www.nortclinicadental.com.
2. www.clinicanoma.com.

Capítulo 344

PAPEL DEL ODONTÓLOGO DENTRO DE LA CONSULTA DENTAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

M^a TERESA ALONSO CARBAJAL

1 Introducción

Definiremos la consulta dental como un centro sanitario en el cual se realizan las tareas dirigidas a la atención especializada en salud bucodental, comenzando con la labor educativa encaminada a la prevención de las enfermedades bucodentales. Se continuará con exploración, diagnóstico y tratamiento de dichas enfermedades de la población, tanto infantil, como adulta. En España se considera una Unidad de Apoyo dentro de los servicios del Centro de Salud.

Definiremos la atención primaria como el nivel básico e inicial de atención a la población en el cual se desarrollan labores de prevención, promoción de la salud y rehabilitación.

En el siglo XVII Pierre Fauchard publica el libro titulado "El dentista cirujano". Y se considera que es a partir de entonces cuando se van creando las consultas dentales.

En un principio sólo se contemplaba la posibilidad de extracción de los dientes con problemas, sin barajar la posibilidad de otro tipo de tratamientos. No se tenía en cuenta la reposición de los mismos, ni el tratamiento conservador.

Con el paso de los años se empezó a tener más conciencia de la necesidad estética y también funcional de conservar o restituir piezas dentales.

En concreto, en el caso de la ortodoncia, es Pierre Fauchard quien a mediados del siglo XVII realiza tratamientos con un expansor metálico.

2 Objetivos

- Esclarecer las funciones que debe realizar el odontólogo en la consulta dental de un Centro de Atención Primaria.
- Conocer la incidencia de las enfermedades bucodentales dentro de la población.

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

Tras los estudios realizados se puede establecer que la incidencia de las enfermedades o patologías bucodentales más frecuentes se reflejan en los siguientes apartados:

- La caries dental afecta en torno a un sesenta y cinco por ciento de la población general, siendo la principal causa de su aparición el consumo indiscriminado de azúcar, acompañado de una mala higiene oral. Sin azúcar no habría caries. Y si se consume habrá que eliminarlo de forma correcta para evitar la aparición de caries.
- Gingivitis y periodontitis, ambas son diferentes estadios de la enfermedad periodontal, que cursan con sangrado, inflamación, dolor y molestias, seguidas de pérdida de tejidos blandos y después duros, afectando a casi un 19% de la población atendida en consultas de salud bucodental.
- Edentulismo o pérdida total de uno o más dientes, cuya incidencia se sitúa en torno al 7% y el porcentaje aumenta hasta el 20% en la población igual o mayor de sesenta años de edad.
- Cáncer oral, cuya principal causa es el consumo de tabaco, más aún si sumamos el de alcohol. Además de otros factores de riesgo, como el virus del papiloma humano y otros.
- Traumatismo bucal, cuyo porcentaje se sitúa en el caso de los niños de doce años en un 20%. Y en especial relacionado con prácticas deportivas, o juegos, aún mayor en época vacacional.

- Diferentes patologías benignas, o no, de la mucosa oral, como herpes, aftas, pénfigo, etc.
- Labio leporino y paladar hendido. Son anomalías genéticas que afectan a uno de cada mil quinientos nacimientos.

En cuanto a las funciones del odontólogo en Atención Primaria se pueden establecer que serán las mencionadas a continuación:

1. Información y educación para la salud bucodental entre la población de todas las edades, incidiendo especialmente en la población infantil.
2. Tratamiento de procesos agudos de la mucosa oral, como pueden ser infecciones, lesiones, heridas, etc.
3. Exploración preventiva de la cavidad oral en mujeres embarazadas. En estas revisiones se educa en la importancia de dieta y buena higiene oral para el correcto desarrollo del embarazo, parto, y repercusión en la salud oral del bebé. Se dan recomendaciones para la madre y el bebé. Si se detectan patologías, que no sean urgentes, se recomendará realizar el tratamiento en el segundo trimestre del embarazo. En Atención Primaria se le realizará tartrectomía si lo precisa en ese trimestre.
4. Se realizará sellados de fisura preventivos en molares definitivos de niños, así como tratamiento de caries en dientes definitivos, tartrectomía, aplicación de cubeta de fluor semestral en población con riesgo moderado o alto de caries, aplicación de barniz de flúor en dientes con defectos de mineralización, y de flúor diamino argéntico en deciduos, para frenar el desarrollo de caries.

5 Discusión-Conclusión

La mejor medida preventiva a cualquier edad para evitar todo tipo de patología de la cavidad oral serán las revisiones periódicas, ya que nos permite detectar cualquier problema a tiempo, evitando que se desarrolle y no sirva la labor preventiva. En esas revisiones se puede ir insistiendo en la importancia de los buenos hábitos higiénico-dietéticos para mantener buen estado de salud oral, así como la relación con la salud general. Es muy importante concienciar y realizar labores de promoción y prevención entre la población, ya que múltiples estudios han llegado a la conclusión de que un mal estado de salud bucodental afecta a diferentes órganos del cuerpo, puesto que no debemos olvidar que la boca está conectada con todo el cuerpo. Las bacterias que causan enfermedades en boca pasan a sangre y causan enfermedades a distancia.

6 Bibliografía

1. www.ortdenta.es.
2. www.sanidad.gov.es.

Capítulo 345

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO

JESSICA CRESPO GARCÍA

1 Introducción

El síndrome de burnout es un trastorno psicológico que se caracteriza por un agotamiento emocional y físico, así como una disminución de la satisfacción y la motivación en el trabajo. También se le conoce como "síndrome del trabajador quemado".

Este síndrome se presenta principalmente en personas que desempeñan trabajos que implican una gran carga emocional, como los profesionales de la salud, los docentes, los trabajadores sociales y los bomberos.

El síndrome de burnout se desarrolla gradualmente como resultado de un estrés crónico relacionado con el trabajo. Los factores que contribuyen a su aparición incluyen una sobrecarga de trabajo, largas horas laborales, falta de reconocimiento, falta de control sobre el trabajo, falta de apoyo emocional y una discrepancia entre los valores personales y los del trabajo.

Los síntomas del burnout pueden variar, pero incluyen agotamiento físico y emocional, falta de energía, dificultad para concentrarse, sentimientos de desesperanza, irritabilidad, falta de motivación y aislamiento social. Estos síntomas pueden afectar negativamente la salud física y mental de la persona y tener un impacto en su vida personal y profesional.

Es importante abordar el síndrome de burnout de manera adecuada. Esto implica tomar medidas para prevenir su aparición, como establecer límites en el trabajo,

buscar apoyo emocional y mantener un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal. También es crucial buscar ayuda profesional si se experimentan síntomas de burnout, ya que el tratamiento puede incluir terapia, cambios en el estilo de vida y estrategias de manejo del estrés.

En resumen, el síndrome de burnout es un trastorno psicológico que se caracteriza por el agotamiento emocional y físico relacionado con el trabajo. Se desarrolla debido al estrés crónico y puede tener un impacto negativo en la salud y el bienestar de la persona. Es importante tomar medidas preventivas y buscar ayuda profesional si se experimentan síntomas de burnout.

2 Objetivos

Realizar una búsqueda bibliográfica sobre el síndrome de burnout con el fin de:

- Describir cómo este síndrome afecta en el ámbito hospitalario.
- Enumerar algunas estrategias para prevenir y manejar el burnout.

3 Metodología

Para elaborar este documento, se llevó a cabo una exhaustiva investigación basada en la revisión de la literatura científica disponible. Se realizó una búsqueda sistemática en diversas fuentes, incluyendo libros y artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo.

Se seleccionaron aquellos artículos científicos provenientes de publicaciones académicas revisadas y documentos relacionados con el ámbito sanitario en cuestión. Además, se incluyeron publicaciones respaldadas por diferentes administraciones públicas para asegurar una perspectiva amplia y confiable.

4 Resultados

El síndrome de burnout en el ámbito sanitario es un fenómeno cada vez más reconocido y estudiado. Se refiere a un estado de agotamiento físico y emocional crónico que afecta a los profesionales de la salud debido a las demandas y presiones inherentes a su trabajo. Este síndrome se caracteriza por una combinación de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal en el ámbito laboral.

Los profesionales de la salud, como médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, se enfrentan a una serie de factores estresantes en su entorno laboral. La carga de trabajo excesiva, las largas jornadas laborales, la falta de recursos, la falta de apoyo organizacional y la exposición a situaciones emocionalmente intensas y traumáticas son solo algunos de los desencadenantes del síndrome de burnout en este ámbito.

El síndrome de burnout puede tener consecuencias negativas tanto para los profesionales de la salud como para la calidad de la atención que brindan a los pacientes. Los síntomas del burnout incluyen fatiga crónica, disminución de la empatía hacia los pacientes, actitudes negativas y cinismo hacia el trabajo, falta de motivación y disminución del rendimiento laboral.

Es importante abordar el síndrome de burnout en el ámbito sanitario para proteger la salud y el bienestar de los profesionales, así como para garantizar una atención de calidad a los pacientes.

Las estrategias de prevención y manejo del burnout pueden incluir la promoción de un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal, el fomento de un ambiente laboral de apoyo y reconocimiento, el desarrollo de habilidades de afrontamiento y la implementación de programas de bienestar y autocuidado.

La conciencia y la educación sobre el síndrome de burnout en el ámbito sanitario también son fundamentales. Los profesionales de la salud deben ser conscientes de los signos y síntomas del burnout, así como de las estrategias para prevenirlo y abordarlo. Además, los empleadores y las instituciones de salud deben tomar medidas para crear entornos laborales saludables que promuevan el bienestar y la resiliencia de sus trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de burnout es un problema significativo que afecta a los profesionales de la salud en el ámbito sanitario. Los altos niveles de estrés, la carga de trabajo excesiva y la exposición a situaciones emocionalmente intensas pueden llevar al agotamiento físico y emocional crónico.

Esto puede tener consecuencias negativas tanto para los profesionales de la salud como para la calidad de la atención que brindan a los pacientes.

Es fundamental abordar el síndrome de burnout en el ámbito sanitario para pro-

teger la salud y el bienestar de los profesionales y garantizar una atención de calidad. Algunas estrategias para prevenir y manejar el burnout incluyen:

1. Establecer un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal: Los profesionales de la salud deben asegurarse de dedicar tiempo a actividades que les brinden descanso, relajación y satisfacción personal fuera del entorno laboral.
2. Fomentar un ambiente laboral de apoyo: Los empleadores y las instituciones de salud deben promover una cultura de apoyo y reconocimiento, donde los profesionales se sientan valorados y respaldados en su trabajo.
3. Desarrollar habilidades de afrontamiento: Los profesionales de la salud pueden beneficiarse de aprender y utilizar estrategias de afrontamiento efectivas para manejar el estrés y las demandas laborales.
4. Implementar programas de bienestar y autocuidado: Las organizaciones de salud pueden ofrecer programas y recursos que promuevan el bienestar y el autocuidado de los profesionales, como actividades de ejercicio, terapia de relajación, apoyo psicológico y acceso a servicios de salud mental.
5. Promover la conciencia y la educación sobre el burnout: Es importante que los profesionales de la salud estén informados sobre los signos y síntomas del burnout, así como las estrategias para prevenirlo y abordarlo. La capacitación y la educación continua pueden ser herramientas útiles para aumentar la conciencia y el conocimiento sobre este síndrome.

En definitiva, al tomar medidas proactivas para prevenir y abordar el síndrome de burnout en el ámbito sanitario, se puede proteger la salud y el bienestar de los profesionales, lo que a su vez contribuye a una atención de calidad para los pacientes. Es fundamental que tanto los profesionales de la salud como las organizaciones de salud trabajen juntos para crear entornos laborales saludables y promover el autocuidado y el bienestar en el ámbito sanitario.

6 Bibliografía

1. Copmadrid.org. [citado el 22 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/psicologia-general/revista-colegio/2018/2018-36-3/sindrome-burnout-profesionales-salud>.
2. Bianchini Matamoros M. El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. Med Leg Costa Rica [Internet]. 1997 [citado el 22 de julio de 2023];13-

14(2-1-2):189-92. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997000200017

3. Carlos J, Martínez A, Síndrome E. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO [Internet]. Gob.es. [citado el 22 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL71/71_3_293.pdf

Capítulo 346

ESTUDIO DE LA MALOCLUSIÓN PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

DANIEL GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

El estudio de la maloclusión conforma el verdadero eje vertebrador del presente proyecto, el cual abordará aspectos de gran relevancia como la presentación de la clínica dental, el contexto laboral, la presentación del paciente, la exploración al paciente, la dictaminación de un diagnóstico, el tratamiento para solventar la patología, la educación para tratar la enfermedad, así como el apoyo psicológico al paciente. Finalizando con una reflexión a modo de conclusión sobre todo lo tratado, pero también incluyendo las reseñas a fuentes bibliográficas consultadas que completan el proyecto.

El motivo de la elección de esta temática se debe, principalmente, al cierto conocimiento que poseo sobre la patología, puesto que presenta un alto porcentaje de incidencia en la población, en mayor medida entre los niños, tal y como ha sido mi caso. En la actualidad, aproximadamente el 75% de los niños y adolescentes presentan una dificultad oclusal, de los cuales el 37% de los casos son maloclusiones severas. Por ello, considero necesario abordar el estudio de esta patología, profundizando en el conocimiento de las técnicas más apropiadas y útiles para diagnosticar dicha enfermedad y reducir la alta tasa de incidencia en la población.

Desde un punto de vista conceptual y descriptivo, la maloclusión se trata de un problema que tiene lugar en nuestra boca debido a una incorrecta alineación de

los dientes, es decir, un mal contacto de las piezas dentales de la parte superior e inferior de la boca. En consecuencia, puede darse el caso de que un paciente presente un tamaño diferente en cada mandíbula superior e inferior, o entre la mandíbula y el diente. Por tanto, esta patología impide que las piezas dentales de la zona superior encajen correctamente a la hora de morder con las situadas en la parte inferior de la boca.

Por otro lado, la maloclusión no tiene lugar por una causa concreta, pues se trata de una patología en la que intervienen varios factores: genéticos y/o ambientales. Además, los niños mayores de cinco años que se llevan los dedos a la boca frecuentemente presentan más posibilidades de sufrir esta patología, pero también los niños que presentan un espacio muy pequeño entre sus dientes primarios. Siguiendo en la misma línea, la maloclusión puede ser de diferentes tipos: transversal, si se estrecha el maxilar superior; vertical, cuando no hay contacto entre los dientes superiores e inferiores; y sagital, que se caracteriza por personas que tienen un mentón marcado.

Para detectar un problema de maloclusión resulta fundamental tener en cuenta el historial del paciente y los resultados proporcionados por su examen físico, aunque también se puede diagnosticar dicha patología mediante otros exámenes de gran utilidad como, por ejemplo, las radiografías y la realización de moldes de los dientes del paciente, cuestiones que se abordarán a lo largo del proyecto.

En relación con la radiografía, se trata de una prueba diagnóstica que extrae una imagen del interior de nuestra boca utilizando una pequeña dosis de radiación de rayos X, los cuales muestran esas partes de la boca en función de su densidad. Por otro lado, la realización de moldes de la boca consiste incorporar un molde lleno de yeso en la boca para observar la disposición dentaria, dejando así grabadas las mismas, observando posibles problemas de oclusión.

Además, cabe señalar el papel fundamental que juega el ortodoncista a la hora de ofrecer al paciente un diagnóstico precoz que permita prevenir o tratar adecuadamente la maloclusión, favoreciendo así una adecuada higiene oral en el futuro. Entre los tratamientos existentes, cabe señalar los siguientes: ortodoncia invisible, ortodoncia con brackets, aparatos linguales y ortopedia dentofacial e infantil.

Por último, en caso de no aplicar un tratamiento eficaz sobre el paciente, la patología puede convertirse en un problema más severo provocando enfermedades dentales, tales como bruxismo, desarrollo de caries, periodontitis, recesión de encías y pérdida de piezas dentales fundamentales.

Una vez detallados estos aspectos de gran relevancia, continúo explicando el caso clínico que va a protagonizar este proyecto. Se trata de una paciente de 30 años

llamada Andrea que anteriormente ha visitado nuestra clínica con un problema de caries, pero en este caso se tratará un problema de maloclusión.

2 Objetivos

Dar a conocer el procedimiento para el estudio de la maloclusión tanto para el personal sanitario como para el personal no sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Un estudio minucioso, un diagnóstico precoz y un tratamiento eficaz son los tres pilares fundamentales para ayudar a corregir la posición de los dientes del paciente, solventando así el problema que originó la visita a la clínica dental.

Antes de enumerar cada uno de los posibles tratamientos a utilizar para dar fin a la maloclusión, es importante destacar que los tratamientos varían en función de la edad del paciente y de su crecimiento, pues existen diferentes maneras de afrontar esta patología si el paciente es mayor o menor de 12 años. En este caso, resulta más efectivo y conveniente emplear un tratamiento temprano en los niños que presentan dicha problemática que esperar hasta la adolescencia para utilizar la ortodoncia.

Así mismo, cabe subrayar la amplia variedad de tratamientos a utilizar con los más pequeños, a diferencia de lo que sucede con la población adulta, para los cuales los tratamientos son más limitados, aunque también existen y corrigen la oclusión y las malas posiciones de los dientes.

Teniendo en cuenta estas cuestiones previas, enumero a continuación los tratamientos que se pueden aplicar en el paciente que padece maloclusión, tanto en la población infantil como en la población adulta.

En la actualidad, existen aparatos removibles que permiten corregir la maloclusión como, por ejemplo, el bionator, el anclaje extraoral, los alineadores in-

visibles y el aparato de Frankel.

El bionator es un aparato que permite el avance de la mandíbula, puesto que estimula su crecimiento, principalmente en esos niños en los que aún no se ha desarrollado lo suficiente, teniendo en cuenta su edad. Además, ayuda a aumentar la distancia entre el maxilar superior y la mandíbula, conformando así la cara y fomentando su crecimiento en niños con mandíbula pequeña o poco desarrollada.

No obstante, para asegurarnos de que puede ser utilizado con un paciente determinado, realizamos una radiografía de muñeca o un análisis de la maduración de las vértebras. Por último, se trata de un tratamiento que suele aplicarse en niños cuyas edades se encuentran comprendidas entre los 8 y los 11 años.

Por otro lado, el anclaje extraoral se trata de un arco facial que se inserta en los molares y se ancla al cuello, lo que permite frenar el crecimiento del maxilar. Principalmente, se utiliza en aquellos casos de pacientes diagnosticados con maloclusión de clase II originada por un problema en los maxilares.

En tercer lugar, el aparato de Frankel se trata de una estructura metálica compuesta por almohadillas para los labios y la boca, que calman la presión de las mejillas y los labios. Se utiliza para corregir maloclusiones debidas al mal funcionamiento de la actividad muscular de la cara. Frecuentemente, dicho tratamiento se utiliza en aquellos pacientes que presentan maloclusiones dentales de clase II, protagonizadas por un adelanto de la mandíbula superior o inferior hacia atrás y/o con problemas de mordida abierta.

Por último, los alineadores invisibles son un conjunto de férulas que se ponen y se quitan. Dichas férulas están elaboradas con un material transparente de plástico. A diferencia de la ortodoncia fija, no dispone de alambres ni aparatos, terminando así con la presencia de heridas y llagas en la boca a consecuencia de estos elementos. Por último, se trata de un tratamiento muy discreto que puede pasar fácilmente desapercibido por el resto de personas, aunque no es totalmente invisible.

Además de estos aparatos de “poner y quitar”, podemos distinguir otros aparatos fijos, que son aquellos que provocan una fuerza mecánica de manera continuada durante un tiempo determinado sobre los maxilares, los dientes y su medio ambiente para su recolocarlos adecuadamente. Entre ellos, cabe señalar el aparato Herbst y el péndulo de Hilgers:

El aparato Herbst, que presenta forma de férula, se utiliza para disminuir la distancia entre el maxilar y la mandíbula una vez que el crecimiento del niño ha finalizado o está a punto de terminar. Entre sus beneficios encontramos la remodelación de los cóndilos, así como una reducción en la distancia anteroposterior

entre ambas arcadas.

El péndulo de Hilgers se trata de un aparato de ortodoncia fijo en el interior de la boca cuya función principal consiste en corregir una mala oclusión de la boca en el paciente, sin requerir mayor ayuda por su parte. El péndulo de Hilgers se utiliza para desplazar las muelas superiores hacia atrás, corrigiendo la mordida lateral de los dientes. Todo ello genera una posición adecuada de la muela situada en la zona superior, pero también permite conseguir más espacio para que se coloquen los dientes anteriores superiores, evitando la extracción de piezas dentales permanentes.

Así mismo, los aparatos fijos están compuestos por diversos elementos, que se clasifican en dos grupos: elementos fijos, como los arcos de alambre, asas, ligaduras elásticas, ligaduras de separación y elásticos intermaxilares; y elementos pasivos, como las bandas y los brackets.

En el caso de nuestra paciente Andrea, teniendo en cuenta su problemática dental y el diagnóstico obtenido de las pruebas realizadas con anterioridad, hemos decidido colocar en su boca un aparato fijo con el objetivo de subsanar la patología que presenta: una maloclusión de clase II. Pero, para incorporar el aparato, necesitamos disponer del siguiente instrumental:

Un set de exploración compuesto por el espejo intraoral, la sonda de exploración, las pinzas, los vasos, los baberos, las cánulas de aspiración, el papel de articular, y servilletas; instrumental y material para la ortodoncia como instrumental rotatorio como la turbina, fresa y micromotor; arcos de alambre, bandas y brackets, ligaduras elásticas, ligaduras de separación, elásticos, alicates de corte, material de cementado, luz de fotopolimerizar, alicate de How, y composite fluido; y material de profilaxis, formado por el ultrasonido, el cepillo de pulido y la pasta de profilaxis.

Por último, además de los aparatos removibles y fijos, en algunos casos, es necesario llevar a cabo una cirugía ortognática, esto es una operación que realiza el cirujano maxilofacial y que se divide en tres tipos:

En primer lugar, la cirugía ortognática del maxilar superior tiene lugar cuando se coloca el maxilar en la posición adecuada para conseguir una armonía en la cara; en segundo lugar, la cirugía ortognática de la mandíbula si se realiza para que exista una adecuada relación entre el hueso maxilar y la mandíbula; así como la cirugía ortognática maxilomandibular si el objetivo consiste en lograr una oclusión adecuada y una armonía en la cara.

5 Discusión-Conclusión

Finalizo el presente proyecto incorporando unas pequeñas conclusiones a modo de colofón que sirvan, a su vez, de resumen, destacando esos aspectos fundamentales que se han ido mencionando a lo largo del mismo.

En primer lugar, me gustaría hacer especial hincapié en el papel fundamental que juega el higienista bucodental en sus labores profesionales, acompañando al paciente durante la totalidad de la consulta, pero también siendo la mano derecha del odontólogo, ofreciéndole los materiales e instrumentos necesarios para proporcionar una atención adecuada y completa al paciente, así como ayudándolo durante las intervenciones bucodentales. A su vez, aunque pueda pasar más desapercibido, el higienista también posee una labor de gran relevancia: calmar al paciente (que en la mayoría de las ocasiones llega a la clínica con cierto nerviosismo y temor), y proporcionarle un clima cálido, de confort, paz y tranquilidad. Siguiendo en esta misma línea, y dejando a un lado al paciente, también me gustaría incidir en la necesidad de que el higienista posea un conocimiento profundo sobre la variedad de materiales e instrumentos que el odontólogo puede utilizar en sus consultas, así como de sus funciones; y que se encuentre en formación continua para conocer nuevos sets a utilizar en las clínicas dentales.

Por otro lado, también me parece esencial destacar el papel protagonista que posee tanto la existencia como la realización de pruebas pertinentes. En este sentido, considero que, dentro de la gran diversidad de pruebas existentes, las que hemos seleccionado y aplicado en la práctica (exploración extraoral de rasgos faciales, de la articulación temporomandibular y de los ganglios linfáticos; y exploración intraoral de la mordida) son las más adecuadas según la sintomatología presentada por Andrea: molestia al masticar alimentos, dolor habitual en la mandíbula y mordedura constante de mejillas de manera involuntaria.

En el caso de la exploración extraoral de los rasgos faciales nos ha permitido determinar un adelantamiento del labio inferior y una disminución de la dimensión vertical. En su lugar, la exploración de la articulación temporomandibular, ha determinado que Andrea no presenta problemas en la articulación, resultados similares a los obtenidos de la exploración de los ganglios linfáticos.

Por otro lado, como bien sabemos, la exploración intraoral de la mordida ha confirmado que el molar inferior se encuentra ubicado distalmente con respecto al molar superior, lo que provoca una sobremordida en la paciente.

En definitiva, la realización de las pruebas descritas y sus resultados han confirmado que Andrea presenta una maloclusión de clase II, división 1 de tipo esquelética. Para revelar este último dato ha sido fundamental la realización de una

radiografía lateral de cráneo y una ortopantomografía.

También me gustaría recalcar la necesidad de que, tanto el odontólogo como el higienista, insistan y transmitan a los pacientes la importancia de cuidar la salud bucodental, proporcionándoles unas pequeñas recomendaciones sobre cómo conseguir una boca sana. Es por ello por lo que, en nuestro caso, en la consulta inicial proporcionamos a los pacientes un pequeño tríptico con dicha información, tal y como he mencionado con anterioridad.

6 Bibliografía

1. ¿Qué es la maloclusión? Causas, tipos y Tratamiento [Internet]. Clínicas Propdental. Propdental; 2022 [citado el 22 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.propdental.es/ortodoncia/maloclusion/>.
2. Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E.B.N Los Salias, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. Miranda, Venezuela [Internet]. Ortodoncia.ws. [citado el 22 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-4/>.
3. Dental D. Apoyo psicológico en la clínica dental [Internet]. Odontomecum Blog. 2019 [citado el 22 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.dvd-dental.com/blogodontomecum/apoyo-psicologico-la-clinica-dental/>.
4. Técnica de apoyo psicológico para el paciente en la clínica dental [Internet]. Genial.ly. [citado el 22 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://view.genial.ly/60a92a40271fb90d44006ea8/presentation-tecnica-de-apoyo-psicologico-para-el-paciente-en-la-clinica-dental>.
5. Oxa ER. Terapia psicológica [Internet]. Clínica Dental Odontofobia. [citado el 16 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.odontofobia.cl/blog/articulo/terapia-psicologica/>.
6. Maloclusiones frecuentes: clase II esquelética [Internet]. clinicasgallut.com. Clínicas Dentales Gallut; 2022 [citado el 22 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicasgallut.com/maloclusiones-frecuentes-clase-ii-esqueletica/>.
7. Bratos DP. Ortodoncia removible: ¿qué tratamientos existen y en qué casos está indicada? [Internet]. Ferrus&Bratos. 2017 [citado el 16 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicaferrusbratos.com/ortodoncia/removible/>.
8. Tratamiento de Maloclusiones de Clase II división 2. Revisión de la Literatura [Internet]. Ortodoncia.ws. [citado el 16 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-3/>.

9. Sandoval Y. Ortodoncia invisible: precio 2022, tipos y opiniones [Internet]. Dentaly.org. 2017 [citado el 16 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.dentaly.org/es/ortodoncia/invisible/>.
10. Orthognathic Surgery [Internet]. Instituto Maxilofacial. 2016 [citado el 16 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.institutomaxilofacial.com/es/cirugia-ortognatica/que-es-la-cirugia-ortognatica/>.
11. Exámenes Extraoral e Intraoral [Internet]. Scribd. [citado el 8 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/540825370/EXAMENES-EXTRAORAL-E-INTRAORAL>.
12. Anon. EXAMEN EXTRAORAL E INTRAORALpdf. pdfslide.net [Internet]. 2018 [citado el 8 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://pdfslide.net/documents/examen-extraoral-e-intraoralpdf.html>.
13. González C. Maloclusión de Clase 2: qué es y cuál es su tratamiento en niños y adultos [Internet]. Dentaly.org. 2022 [citado el 8 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.dentaly.org/es/ortodoncia/maloclusion/clase-2/>.
14. Miedo al Dentista [Internet]. Clinica Belarra. 2018 [citado el 8 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicabelarra.com/2018/02/16/el-miedo-al-dentista/>.
15. García AM. ¿Sabes qué es la clasificación Angle? [Internet]. Centros EN-LÍNEA. 2021 [citado el 8 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.centrosenlinea.com/que-es-clasificacion-angle/>.
16. Bratos DP. Corregir una maloclusión clase II con ortodoncia, ¿es posible? [Internet]. Ferrus&Bratos. 2019 [citado el 8 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicaferrusbratos.com/mordida/tratamiento-clase-ii/>.

Capítulo 347

DIFERENCIAS ENTRE FLUOROSCOPIA DIGITAL Y ANALÓGICA

REYES JAVIER HERNÁN GARCÍA

1 Introducción

El servicio de rayos en medicina es una parte muy importante, ya que a partir de él se diagnostican muchas enfermedades que de otro modo serían complicadas de diagnosticar como es el ejemplo de una fractura de un hueso por medio de una radiografía o una rotura de un ligamento ya sea por una resonancia magnética o por medio de una ecografía.

Dentro de este servicio el método que mas destaca es el de utilizar rayos x para obtener imágenes, siendo la imagen mas recurrente la del tórax, pero no todas las patologías se pueden diagnosticar con rayos x, a veces es necesario combinarlos con medios de contraste para poder dar con la patología, siendo por ejemplo la utilización de rayos con preparados de yodo intravenoso para diagnosticar una litiasis renal o localizar una estenosis arterial.

Esta técnica en ocasiones puede ser utilizada con aparatos de rayos x simples, pero estas tienen el inconveniente que no pueden obtener imágenes dinámicas, las cuales son muy útiles para diagnosticar ciertas patologías en las que se utilizan medios de contraste como puede ser para la colocación de un sten intraaórtico, o en una operación en la que se necesite una imagen dinámica sin contraste como puede ser en una colocación de un clavo gamma.

Para ser capaces de obtener estas imágenes necesitaremos otro tipo de aparato como es el arco en C o el telemando, los cuales debido al tipo de receptores que usan pueden obtener imágenes dinámicas como estáticas indistintamente.

En este tema trataremos las diferencias entre los sistemas analógicos antiguos y los digitales modernos, ya que todavía se utilizan los antiguos en parte del mundo dado la importante inversión económica que supone adquirir los equipos digitales nuevos.

2 Objetivos

Analizar las dos tecnologías para adquirir imágenes en movimiento con rayos x (fluoroscopia), analógicas y digitales y enumerar las ventajas que tiene una sobre la otra.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo con una investigación que consta de búsqueda en diferentes webs médicas y organismos oficiales, además de bibliografía específica de Técnico superior en Imagen para el Diagnóstico procedente del ciclo oficial de la consejería de educación de Castilla la Mancha.

4 Resultados

En primer lugar hay que diferenciar entre los distintos equipos que tenemos como es el telemando, utilizado en estudios en los que queremos angular el tubo y el receptor; el arco en c, que es utilizado en estudios en los que nos interesa mover el tubo y receptor alrededor del paciente, dentro de estos equipos podemos encontrar arcos en c fijos como los que se utilizan en radiología intervencionista, los cuales tienen una sala específica para ellos y los arcos en c móviles que se utilizan en intervenciones de quirófano, ya que no en todas las intervenciones son necesarios.

Ahora hablaremos de las distintas tecnologías que usan estos aparatos como son el intensificador de imagen (analógico) o receptores flat panel (digital), ambos receptores están diseñados para utilizar la fluoroscopia y obtener imágenes dinámicas, aunque también hacen la función de poder obtener imágenes estáticas (radiografías).

Generador y tubo en ambas es similar, puede funcionar tanto en modo continuo como en modo pulsado, en el primero el rayo que se emite es continuo y en el pulsado es discontinuo, lo que hace que la dosis sea menor y que las imágenes puedan ser guardadas.

Los factores de exposición estarán controlados de forma automática por el CBA o control automático del brillo, estos factores depende evidentemente de la materia que tenga que atravesar el haz de radiación y el grosor de esta, con lo cual será variable, por eso actuará este CBA garantizando un brillo óptimo.

Este CBA puede actuar con dos modos, uno es el de alta tasa de dosis la cual produce una mejor imagen al haber menor ruido, ya que se aumenta la cantidad de señal de radiación, y por otro lado el modo baja tasa de dosis el cual prioriza una menor dosis a cambio de sacrificar calidad de imagen.

Con la tecnología digital los receptores utilizados son:

- El intensificador de imagen en el cual la señal visible del intensificador será transformada por un dispositivo de carga acoplada o CCD por fibra óptica o por un dispositivo óptico que hace llegar la imagen analógica al convertidor analógico-digital el cual la transforma en la imagen final digital.

La mayoría de estos intensificadores tienen varias lentes las cuales son capaces de amplificar la imagen a cambio de un aumento de dosis, ya que necesita mayor brillo para obtenerla.

- En los receptores flat panel, el silicio amorfo es donde la señal de rayos x será recogida y posterior mente será transforma en una señal eléctrica, la cual es enviada a un convertidor analógico-digital el cual la convierte en la imagen final que será proyectada en la pantalla de visualización.

La visualización de esta imagen puede ser en una o dos pantallas de tubos de rayos catódicos o en una o dos pantallas LCD que son más modernas y tienen una mayor ventaja frente a los primeros.

- Registro y almacenamiento:

Debemos mencionar que hay dos formas de obtener una imagen radiológica, la primera es con pulsos que son “pequeños disparos” con los que se podría hacer un video y la segunda es continua que es un disparo sin interrupción en el cual se ve la imagen de forma dinámica como en un video pero con el inconveniente de que solo queda registro de la ultima imagen que hay cuando se deja de pulsar el botón.

Con tecnología analógica:

- Con la tecnología analógica el único receptor que puede ser utilizado es el inten-

sificador de imagen y los chasis de radiografías de película/pantalla. En este caso la señal es obtenida por una cámara de televisión, generalmente una vidicom o bien mediante un sensor CCD, esta señal es proyectada sobre un tubo de rayos catódicos y con una pantalla de televisión vuelve a ser transformada en imagen visible. Las cámaras vidicom tienen el inconveniente de que en sus bordes se dan artefactos tipo cojín o barril los cuales con los CCD desaparecen.

- Registro y almacenamiento:

En caso de querer obtener radiografías lo haremos con un chasis de película/pantalla haciéndolas “al acecho” y podremos obtener una serie, ya que normalmente hay un reservorio de chasis el cual podremos utilizar para hacer mas de una radiografía antes de cambiar de modo.

Cuando queramos obtener una imagen dinámica simplemente quitaremos el chasis y dejaremos al descubierto el intensificador de imagen con el cual obtendremos la imagen y esta será grabada en video por una cámara de cine.

5 Discusión-Conclusión

Con todo lo recopilado podemos afirmar que hay diferencias tanto para obtener la imagen y almacenarla o postprocesarla como teniendo en cuenta la protección radiológica tanto del paciente como de técnico y de los demás profesionales que trabajan a pie de tubo.

Las diferencias mas claras son las siguientes:

- El coste inicial es mayor con la tecnología digital, ya que suelen ser aparatos de última tecnología con muchos mas componentes que los analógicos.
- Los aparatos digitales suelen utilizar materiales mas ligeros ya que tecnológicamente están mas avanzados con lo cual estos al ser mas ligeros tienen mucha mas movilidad, e incluso algunos ya vienen con su pantalla LCD incluida, así que también son mas pequeños y ocupan menos espacio en un quirófano en comparación con un arco analógico que también tiene que llevar aparte su televisión analógica.
- Con los aparatos digitales se reduce mucho la dosis, ya que son mas eficientes en la detección de fotones e incluso con el postprocesado se puede “arreglar” la imagen de tal forma que con menor radiación podremos obtener una imagen igualmente diagnostica e incluso podremos ampliar la imagen con el zoom que

da el software que incluye el arco sin necesidad de utilizar la magnificación.

- Con la tecnología digital podemos obtener imágenes dinámicas o radiografiadas con un solo receptor mientras que con los aparatos analógicos tendremos que estar cambiando entre el intensificador y los chasis, además también será mas complicado saber si el estudio está bien, ya que si dependemos de hacer radiografías, no sabremos si la imagen está bien obtenida ya sea por la técnica utilizada, como por centrado o incluso por problemas de postprocesado con líquidos reveladores por ejemplo.
- En la actualidad tanto la imagen analógica como digital obtienen una calidad similar aunque antiguamente no era así siendo la imagen analógica bastante mejor que la digital.
- El campo digital al ser cuadrado es mayor que el campo del intensificador analógico, ya que este es circular, con lo cual abarcará mayor zona el digital, además de evitar el artefacto en barril con los sistemas digitales.
- El almacenamiento es mas sencillo con la tecnología digital ya que aquí cada imagen será registrada y almacenada en el disco duro del aparato o incluso en el PACS si este está unido por Wi-Fi o por un acceso Lan/ Ethernet mientras que en analógico dependemos de tener una cámara de cine para guardar todas las imágenes dinámicas y espacio para guardar las imágenes dinámicas

6 Bibliografía

- 1.Selby C. BRAZOS EN “C” DEL DETECTOR DEL PANEL PLANO VS. BRAZOS EN “C” DEL INTENSIFICADOR DE IMAGEN [Internet]. Blockimaging.com. Block Imaging; 2022 [citado el 30 de julio de 2023]. Disponible en: <https://info.blockimaging.com/es/brazos-en-c-del-detector-del-panel-plano-vs-brazos-en-c-del-intensificador-de-imagen>
- 2.Instrumento imagenológico de Arco en C [Internet]. arcoenc. [citado el 30 de julio de 2023]. Disponible en: <https://arcoenc1.wixsite.com/arcoenc/untitled-c1t33>
- 3.Pardell X. Fluoroscopia - Apuntes de Electromedicina Xavier Pardell [Internet]. Pardell.es. [citado el 30 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.pardell.es/fluoroscopia.html>
- 4.Temario específico de técnico en imagen para el diagnóstico de castilla la mancha

Capítulo 348

MEDIOS DE CONTRASTE

REYES JAVIER HERNÁN GARCÍA

1 Introducción

En 1895 Wilhem Conrad Röntgen, en su estudio sobre el poder de penetración de los rayos catódicos, observó un fenómeno de fluorescencia en una placa de platino-cianuro de bario, la cual al cortar la corriente del tubo de rayos catódicos desaparecía, lo cual le llevo a pensar que los rayos interactuaban con la placa, así que siguió con el estudio e hizo varias pruebas en las cuales intercaló diferentes materiales para observar el poder de penetración de los rayos y observó que el único de los materiales en el que no penetró el rayo fue el plomo que al sostener su mujer un aro de este material, Röntgen se dio cuenta que se veían los huesos de la mano de su esposa, con lo cual sacó una fotografía dando lugar a la primera radiografía de la historia.

Con el fin de visualizar mejor los tejidos blandos del cuerpo en una radiografía Dutto, Hascheck y Lindenthal empezaron a hacer estudios con materiales como Yeso de paris en cadáveres inyectándolo por vía intravenosa e identificando estas mismas estructuras en placas radiográficas naciendo así los medios de contraste. En 1910 se comenzó a usar el Bario en estudios gastrointestinales empezando así su andadura en el mundo de la medicina.

Actualmente hay un cambio muy grande con esos primeros medios de contraste siendo ahora más seguros y específicos para cada caso.

2 Objetivos

Conocer la composición general de los diferentes medios de contraste en estudios con rayos x, sus características generales, efectos adversos y la utilización de estos en los diferentes estudios radiológicos.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo con una investigación que consta de búsqueda en diferentes webs médicas y organismos oficiales, además de bibliografía específica de Técnico superior en Imagen para el Diagnóstico procedente del ciclo oficial de la consejería de educación de Castilla la Mancha.

4 Resultados

Los medios de contraste son considerados fármacos con lo cual tienen que seguir los principios fundamentales de administración como es que se administre el fármaco correcto, dosis correcta, paciente correcto, vía adecuada y momento oportuno. En el servicio de imagen para el diagnóstico se utilizan varios fármacos como son sedantes, laxantes, anestésicos, analgésicos... pero los fármacos más importantes son los medios de contraste.

Estos medios de contraste tienen la finalidad de diferenciar diferentes estructuras que tienen una densidad radiológica muy parecida, ya sea realzando su radiopacidad o radiotransparencia, de aquí deducimos que existen medios de contraste positivos o radiopacos y medios de contraste negativos o radiotransparentes.

Contrastes Negativos

Estos contrastes tienen un bajo número atómico y/o baja densidad con lo cual absorben menos fotones formando así en las zonas que actúan una visualización oscura, ya que los fotones penetran mejor. Un ejemplo de estos es el CO₂ en tabletas que se puede administrar en un estudio gástrico para apreciar mejor los pliegues de la mucosa gástrica o la Metil-celulosa, otro medio de contraste negativo puede ser el mismo aire u oxígeno que se utiliza en los estudios de colon en los enemas opacos, insuflando este después de haber puesto a modo de enema un contraste positivo siendo esta una técnica de doble contraste.

Contrastes positivos

Estos contrastes tienen un número atómico y/o densidad alta con lo cual absorben más fotones, formando así en las zonas que actúan una visualización blanca, ya que estos fotones al ser absorbidos no reaccionaran con la placa radiográfica y por lo tanto al revelar la imagen dará ausencia de señal. Estos contrastes son los más utilizados en radiología.

Existen varios tipos de contraste positivo los cuales se emplean de forma diferente o para estudios diferentes entre los que diferenciamos contrastes de bario y contrastes yodados.

- Sales de bario: fueron los primeros en utilizarse, el bario es un metal que no absorbe el cuerpo con lo cual tendremos cuidado, ya que si este se introduce en sangre o en algún otro órgano que no sea el tubo digestivo, tendremos un problema ya que al no poder filtrarse y eliminarse, continuará en sangre ocasionando daños muy graves.

Estas sales de bario pueden obtenerse de dos formas, una de ellas es en polvo, la cual se mantiene por tiempo indefinido y se preparará según las instrucciones del fabricante y otra de las formas es en forma líquida la cual viene ya preparada y que una vez abierto el envase, tendrá una duración limitada de 8 horas.

Estas sales de bario se utilizan en estudios del tubo digestivo y pueden combinarse con contrastes negativos en técnicas de doble contraste como las que se hacen en estudios del colon o tránsitos gástricos.

Con estas sales de bario se utilizan valores de 120 Kvp.

- Compuestos yodados: Dentro de estos tendremos que distinguir entre hidrosolubles y liposolubles.

Los liposolubles son solubles en grasa con lo cual tendrá menos aplicaciones que los hidrosolubles, esto se utilizaran para distintas cavidades pudiéndose acceder a ellas por abertura natural del cuerpo o por punción. Estos medios tardan mucho en eliminarse hasta tal punto que han tenido que utilizarse medidas artificiales para su eliminación, con lo cual están prácticamente en desuso, dejándolos solo para linfografías y mielografías, ya que las broncografías a día de hoy están en desuso.

Los hidrosolubles son utilizados en vía intravenosa, ya que estos son solubles en agua y se eliminan principalmente por vía renal (alrededor del 95%) con lo cual es útil para las urografías.

Estos medios de contraste al ser introducidos por vía intravenosa podrían interactuar con los diferentes órganos, ocasionando daños e incluso la muerte, por eso deberán ser seguros y pasar sus controles de calidad, también hay que tener en cuenta que en caso de embarazo, este medio de contraste también interactuó con el feto, al igual que estos medios de contraste pueden aparecer en la leche materna.

Dentro de los hidrosolubles se distinguen:

- Compuestos iónicos: contienen sodio o meglumina y estas se disocian dando un catión y un anión. Aumentan la osmolalidad y hacen sus efectos colaterales mas intensos, para mitigar estos efectos se creó el medio de contraste dimérico que reduce el número de partículas libres pero aumenta la viscosidad y se introducirán con mayor dificultad.
- Compuestos no iónicos: Estos compuestos son como los anteriores pero se les sustituye el grupo ácido por la lopromida y la mitrizamida que lo que hacen es que el compuesto sea isoosmolal que proporciona una mayor tolerancia a pesar de que son compuestos más viscosos.

Estos últimos son los más utilizados, ya que tienen menos efectos adversos a pesar de ser más caros salvo que no vaya a entrar en contacto con el torrente sanguíneo que en ese caso podrían utilizarse los primeros también.

Debemos tener en cuenta que al ser compuestos que entran en el cuerpo, pueden tener efectos adversos, estos serán consecuencia de:

- Número de cargas eléctricas en el organismo, su aumento puede producir más disociaciones.
- La osmolalidad, cuanto menos osmolal sea el compuesto, menor probabilidad de reacciones adversas tendrá.
- De su menor o mayor capacidad de unión a proteínas plasmáticas, lo que hará que sea mas difícil de eliminar por parte del riñón.
- De la lipo o hidrofilia, siendo estos últimos los que menos reacciones adversas suelen causar.
- De la quimiotoxicidad, la cual algunos ya la tienen de inicio.
- De la dosis, la cual está al aumentar, favorecerá la aparición de efectos adversos.

Los efectos adversos que pueden aparecer tras la administración de los con-

trastes pueden aparecer efectos sobre la contractilidad cardíaca, calor, enrojecimiento, dolor en la zona de administración, fallo renal agudo, problemas de hipertiroidismo a causa del yodo del contraste y reacciones alérgicas graves al yodo en las que normalmente el primer síntoma es el acorchamiento de la lengua.

Con el fin de evitar este tipo de situaciones, se tendrán en cuenta las posibles patologías que pueda tener el paciente y se le preguntará sobre experiencias previas con medios de contraste, alergias al marisco (por contener yodo) y sobre todo también explicar bien al paciente los efectos que pueda sentir como son el calor (sobre todo en la zona genital), el dolor de la inyección o algún mareo, con lo que conseguiremos que el paciente esté más tranquilo y realicemos de una forma mas eficiente la prueba al no haber movimientos debidos a la incertidumbre del paciente sobre una reacción grave.

También se tendrá en cuenta que el medio de contraste al ser inyectado en vena, debería estar bien optimizado en cuanto a dosis con el fin de evitar mayores efectos adversos.

5 Discusión-Conclusión

Del desarrollo de este capítulo podemos concluir varias cosas como son:

- Los medios de contraste son fundamentales para observar distintas estructuras anatómicas que radiológicamente tengan una densidad igual o muy parecida y estén muy próximas entre ellas.
- Hay distintos medios de contraste según el aparato que se vaya a estudiar, ya sean positivos o negativos aunque por regla general se utilizan los positivos, ya que los negativos son a base de distintos gases y no es recomendable utilizarlos en el torrente sanguíneo por ejemplo, dejando estos básicamente para utilizarlos en el tubo digestivo tanto solo como acompañados de otro medio de contraste positivo.
- Dentro de los contrastes positivos se diferencian los que son absorbibles y desechables por el organismo (yodados) y los que no como es el caso de las sales de bario, las cuales nunca deben entrar en una estructura que no sea el tubo digestivo y si se sospecha una comunicación con cualquier otro órgano del cuerpo, ya que no puede eliminarse.
- Dentro de los contrastes yodados tenemos también diferencias como son los

iónicos y los no iónicos, los iónicos pueden usarse en estructuras que no van a entrar en contacto con el torrente sanguíneo porque estos tienen mayor probabilidad de causar efectos adversos, por lo tanto suelen utilizarse para estudios del tipo histerosalpingografía.

- Los medios de contraste yodados también tienen otra diferencia mas como es si son hidrosolubles o liposolubles, los primeros son los que se utilizan para el torrente sanguíneo y los liposolubles son los que se utilizan en lo relacionado con el sistema nervioso.
- Los medios de contraste han evolucionado mucho, siendo estos cada vez mas seguros hasta el punto que es muy extraño que puedan causar problemas salvo a los que son alérgicos al yodo o al marisco, aun así podrían causar problemas, por lo tanto los profesionales que trabajan con ello deben estar entrenados para identificar los efectos adversos que estos pueden causar con el motivo de prevenir una reacción mayor que pueda ocasionar problemas graves de salud o incluso la muerte, para ello también se cuenta con un carro con toda la medicación necesaria para evitar estos efectos aunque siempre se avisará para que más profesionales acudan para resolver la situación.

Tenemos que tener en cuenta también que en este capítulo solo se ha hablado de los medios de contraste que son utilizados en exploraciones en las que intervienen aparatos de rayos x como es una radiografía, fluoroscopia o TC, en otras técnicas que se utilizan en el servicio de rayos como es la Resonancia Magnética que utilizan por ejemplo el Gadolinio como medio de contraste.

6 Bibliografía

- 1.Historia de la primera radiografía [Internet]. Foro Nuclear. 2019 [citado el 30 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.foronuclear.org/actualidad/a-fondo/historia-de-la-primera-radiografia/>
- 2.Historia de la primera radiografía [Internet]. Foro Nuclear. 2019 [citado el 30 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.foronuclear.org/actualidad/a-fondo/historia-de-la-primera-radiografia/>
- 3.de Enfermería Ocronos RM y. Tipos de contraste radiológico y tomográfico. TER [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 30 de julio de 2023]

4.Temario específico de técnico en imagen para el diagnóstico de castilla la man-
cha

Capítulo 349

TINCIONES EMPLEADAS EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA

MOISÉS GAMO PASTOR

1 Introducción

El frotis sanguíneo es una técnica muy empleada en los laboratorios de hematología y que un técnico de laboratorio debe saber realizar. Consiste en disponer una capa fina de muestra sanguínea sobre un portaobjetos, para, posteriormente, ejecutar una tinción de la muestra, de esta manera, se podrá hacer un estudio morfológico de los distintos cuerpos celulares que había en la muestra.

Llevar a cabo un buen frotis es esencial para poder llevar a cabo la tinción, si no se realiza adecuadamente, no se podrá diagnosticar de manera correcta la patología del paciente. Existen varios métodos para efectuar las extensiones: técnica del portaobjetos en cuña, método del cubreobjetos.

Una vez hecho la extensión debe comprobarse que está bien realizada, debe ser lisa, con bordes separados al menos 1 mm de los bordes del portaobjetos, no debe tener rayas ni agujeros y debe tener una disminución progresiva del grosor. También debe poder distinguirse tres zonas:

- Cabeza: Zona más gruesa e inicial de la extensión. Existe mayor proporción de linfocitos.
- Cuerpo: Corresponde a la zona media de la extensión. Es la zona recomendada para proceder el estudio de las células.
- Cola: Es la parte final de la extensión, termina de forma ligeramente redondeada. Los eritrocitos se encuentran acordonados entre sí y muy separados unos de otros. Se pueden observar plaquetas y leucocitos grandes.

Una vez terminado con la extensión, puede iniciarse la tinción. Existen distintos tipos de tinciones, tanto para sangre periférica como para médula ósea. En sangre periférica suelen utilizarse colorantes y en médula ósea se usan principalmente tinciones citoquímicas, que son reacciones químicas que van a dar lugar a productos coloreados, manifestando así, los distintos componentes celulares.

2 Objetivos

- Explicar los diferentes tipos de tinciones que existen en sangre periférica y en médula ósea, así como sus utilidades.
- Describir cómo se ven las células con cada tinción.

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

Tinciones convencionales para extensiones sanguíneas:

- May Grünwald-Giemsa: Es una de las tinciones más empleadas, consiste en la aplicación de dos colorantes que van a teñir los componentes celulares según sus afinidades. Estos colorantes son: May Grünwald, que consiste en una solución de azul de metileno, es un colorante básico que teñirá los componentes celulares ácidos (denominados basófilas), como, por ejemplo, núcleos, estas estructuras adquieren un color azulado. El otro colorante es Giemsa, que se trata de una solución de eosina, es un colorante ácido con afinidad por los componentes celulares básicos (denominados eosinófilos), estas estructuras son teñidas de un color rosado-rojizo, como, por ejemplo, la hemoglobina.
 - Tinción de Wright: Es una práctica muy parecida a la anterior, con la diferencia de que solo utiliza un tipo de colorante. Se trata de una mezcla de eosina con azul de metileno y derivados en metanol.
- Como resultado, en estas dos tinciones podremos observar las siguientes estructuras con sus coloraciones:

- Eosinófilos: Sus gránulos se teñirán de color rojo-anaranjado.
- Basófilos: Sus gránulos se teñirán de color azul oscuro.
- Neutrófilos: Los gránulos serán de un color azul claro grisáceo.
- Eritrocitos: Color rosa-rojizo.
- Núcleo de las células: Se observará de color azul.

Tinciones supravitales:

- Tinción con azul cresil brillante: Es un tipo de tinción especial que se realiza en sangre, cuya misión es la de observar reticulocitos en sangre, que son eritrocitos inmaduros. Este tipo de tinción no requiere de fijación previa. Emplea como colorante el azul cresil brillante que teñirá restos de ARN y orgánulos celulares de los reticulocitos.

Tinciones en médula ósea:

- Tinción de la fosfatasa alcalina: la fosfatasa alcalina es una enzima presente en los granulocitos. Esta prueba consiste en realizar una hidrólisis de sustratos (ejemplo, ácido fosfórico), que a pH alcalino va a producir productos intermedios y con la ayuda de una sal diazoica (como el fast blue) va a dar un precipitado de color pardo negruzco. Esta tinción se emplea principalmente para detectar la actividad de los gránulos de los neutrófilos. Se hace un recuento de 100 neutrófilos y, a cada uno, se le da una puntuación de 0 al 4, dependiendo de la intensidad de color del precipitado formado. Esto es lo que se denomina índice FAG. La principal utilidad de esta prueba es el diagnóstico de leucemia mieloide crónica, donde el índice FAG se encuentra disminuido. En la reacción leucemoide neutrofílica y en la Policitemia Vera, por el contrario, el índice FAG se encuentra elevado.
- Tinción de la fosfatasa ácida: Es una enzima con localización lisosómica. Se basa en la hidrólisis del sustrato naftol AS-Bi-fosfato, por actividad de esta fosfatasa ácida cuando reacciona con una sal diazoica, que dan lugar a un precipitado insoluble de color rojo. Esta tinción es especialmente útil para el diagnóstico de tricoleucemia, o también llamada leucemia de las células vellosas. También se usa como diagnóstico de distinción entre la leucemia linfoide aguda de células T y leucemia linfoide aguda de células B.
- Tinción de Perls o azul de Prusia: Esta tinción se utiliza para observar el hierro intracelular. Se basa en el empleo de ferrocianuro potásico que disuelto en ácido va a dar un compuesto azul. Se emplea principalmente para observar depósitos de hemosiderina en macrófagos y a los sideroblastos, ya que si se observa un porcentaje alto podría haber sospecha de anemia. Esta tinción también puede ser usada en sangre periférica si se quiere observar depósitos de hierro en los eritrocitos.
- Tinción de PAS: Utiliza como reactivo el ácido periódico de Schiff. Se pondrá de

manifiesto el glucógeno y mucopolisacáridos del citoplasma celular con un color rojo púrpura intenso. La utilidad principal de esta tinción es la del diagnóstico de los distintos tipos de leucemia linfoblástica aguda y de la eritroleucemia.

- Tinción Negro sudan: Es una tinción no enzimática útil para la patología mieloide. Se tiñen los lípidos, fosfolípidos, esteroides y grasas neutras de un color gris muy oscuro, llegando incluso a coloración negra. Es una tinción muy útil para distinguir los distintos tipos de leucemias mieloides agudas.
- Tinción de la mieloperoxidasa: La mieloperoxidasa es una enzima que se encuentra en la granulación primaria azurófila de las células mieloides. La tinción consiste en una reacción oxidante entre la peroxidasa y un sustrato, la bencidina, que va a teñir de color marrón o amarillo los gránulos de los neutrófilos, eosinófilos, y monocitos. La principal utilidad de esta tinción es la distinción entre la leucemia mieloblástica que es mieloperoxidasa positiva y la leucemia linfoblástica que es mieloperoxidasa negativa.

5 Discusión-Conclusión

La observación al microscopio de la morfología de las células sanguíneas es una práctica que se realiza todos los días en el laboratorio de hematología y tiene un gran valor para el diagnóstico, especialmente para diferenciar los distintos tipos de anemias que existen, observar la morfología anómala que tienen los hematíes y leucocitos y controlar si existen anomalías en el interior de estas células.

El empleo de tinciones citoquímicas tiene un gran valor, sobre todo, en el estudio de las leucemias. Gracias ellas se puede hacer un diagnóstico rápido del tipo de patología que tiene el paciente, además de, diferenciar si se trata de leucemia mieloide aguda o crónica o leucemia linfóide aguda o crónica.

6 Bibliografía

1. Óscar Jodra, Hematología. Estudio de la sangre. Análisis básico. Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54724170/01-Analisis_basico-libre.pdf?1508092712=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DHematologia_El_estudio_de_la_sangre_Anal.pdf&Expires=1686247397&Signature=f2UY-RT0WaWJ3gDdOrjGJwAQxR4eXnLv3k0KgL5vYSR0lMaNrnblPIXg1k0fR29Co4Ff2tiwYz8bx0lpJi49IONkrW8Y82kzH9WyZW6BoWFeAmZdLLD2-pv6t7ZcrQ6tjXNDZbmMKTa6n56mIwcpap6iqa1hxpQMkQrjX1kGig__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA.

2.Álvarez-Argüelles H, Raya Sánchez JM, García Hernández S, Martín Santos T, Brito Barroso ML, Martín Herrera A, et al. Correlación entre los depósitos de hemosiderina en biopsias de médula ósea y marcadores séricos de hierro corporal: tinción de Perls. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1699885512000542>.

Capítulo 350

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA GESTIÓN DE RESIDUOS EN EL LABORATORIO

JESSICA CRESPO GARCÍA

1 Introducción

La gestión adecuada de residuos en un laboratorio sanitario es de vital importancia para garantizar la seguridad tanto del personal que trabaja en él como del medio ambiente. Los laboratorios sanitarios generan una amplia variedad de residuos, que pueden incluir sustancias químicas, materiales biológicos, productos farmacéuticos vencidos, materiales punzocortantes y otros desechos peligrosos.

La correcta gestión de estos residuos implica la implementación de medidas adecuadas de almacenamiento, manipulación, transporte y disposición final. Esto implica cumplir con las regulaciones y normativas locales, regionales e internacionales aplicables, así como adoptar prácticas seguras y sostenibles.

En este contexto, es esencial contar con un plan integral de gestión de residuos en el laboratorio sanitario, que incluya la identificación y clasificación de los diferentes tipos de residuos, la implementación de medidas de reducción y segregación en la fuente, la capacitación del personal en el manejo adecuado de los desechos y la selección de proveedores y servicios de disposición final confiables y autorizados.

Además de los aspectos regulatorios, la gestión de residuos en un laboratorio sanitario también tiene implicaciones éticas y de responsabilidad social. El manejo adecuado de los desechos contribuye a la protección del medio ambiente y a la

prevención de la contaminación, ayudando a preservar la salud de las personas y el equilibrio ecológico.

La gestión de residuos en un laboratorio sanitario es un tema de gran relevancia que involucra la implementación de medidas adecuadas para garantizar la seguridad del personal y la protección del medio ambiente. Un enfoque integral y proactivo en la gestión de residuos es esencial para cumplir con las regulaciones, minimizar los riesgos y contribuir a una práctica laboral responsable y sostenible.

2 Objetivos

- Detallar de manera precisa y concisa la clasificación de los residuos generados en el laboratorio clínico, tomando en cuenta su nivel de peligrosidad.
- Resaltar la importancia del técnico de laboratorio.

3 Metodología

La presente publicación se ha desarrollado a partir de una exhaustiva investigación basada en la revisión bibliográfica de una amplia variedad de recursos. Se realizaron búsquedas en bases de datos científicas y sanitarias de renombre, como PubMed, Medline y Scielo, utilizando palabras clave pertinentes al tema de interés de este trabajo.

4 Resultados

La Comunidad Europea ha establecido Directivas que sirven como base para que cada Comunidad Autónoma elabore su propia clasificación de residuos. Los residuos se pueden clasificar como:

- Residuos inespecíficos: a) Grupo I: incluye residuos sanitarios equivalentes a los residuos municipales, como papel, cartón, basura orgánica y material de oficina. b) Grupo II: comprende residuos inertes generados por la actividad sanitaria, siempre que no estén categorizados como riesgosos. Ejemplos incluyen ropa de un solo uso manchada con secreciones y apósitos.
- Residuos de riesgo o específicos: a) Grupo III: engloba residuos especiales que, debido a los riesgos para la comunidad, requieren medidas especiales de prevención, almacenamiento, transporte y eliminación tanto dentro como fuera del centro sanitario. Ejemplos incluyen cultivos, reservas de agentes infecciosos, sangre,

agujas, material punzante y material procedente de pacientes con enfermedades infecciosas, así como animales de laboratorio infectados. b) Grupo IV: se refiere a residuos de alto riesgo que no están incluidos en el grupo anterior. Estos residuos deben ser eliminados mediante procedimientos especiales. Ejemplos incluyen compuestos con propiedades cancerígenas o mutagénicas, compuestos altamente tóxicos y cualquier material en contacto con ellos.

En cuanto a la gestión de residuos infecciosos, es importante tener en cuenta que se considera residuo infeccioso a cualquier material capaz de causar una enfermedad infecciosa. La manipulación de los residuos varía según su naturaleza:

- Residuos líquidos (sangre, líquidos orgánicos y secreciones): se pueden eliminar directamente por el desagüe con abundante agua. Sin embargo, algunos líquidos, como el sobrenadante de los cultivos, deben ser recogidos en recipientes con hipoclorito sódico.
- Residuos sólidos: generalmente se requiere incineración y esterilización mediante autoclave. Por lo general, estos residuos son gestionados por empresas especializadas.
- Objetos punzantes y cortantes: deben ser depositados en contenedores homologados con cierre seguro.
- Residuos químicos: en la mayoría de los casos, se eliminan en el propio laboratorio después de un tratamiento adecuado. Sin embargo, en ocasiones, es necesario consultar con las autoridades locales para garantizar una eliminación controlada.

Es fundamental seguir los protocolos y regulaciones establecidos para la gestión adecuada de los residuos infecciosos, garantizando la seguridad tanto del personal como del medio ambiente.

El técnico de laboratorio desempeña un papel fundamental en la gestión de residuos en un laboratorio sanitario. Su participación activa y responsable es crucial para garantizar un manejo adecuado de los desechos y cumplir con las regulaciones y normativas correspondientes. A continuación, se detallan algunas de las tareas y responsabilidades del técnico de laboratorio en relación con la gestión de residuos:

1. Identificación y clasificación: El técnico de laboratorio debe ser capaz de identificar y clasificar correctamente los diferentes tipos de residuos generados en el laboratorio, tales como sustancias químicas, material biológico, productos farmacéuticos vencidos, materiales punzocortantes, entre otros. Esta clasificación es esencial para un manejo seguro y adecuado de los desechos.

2. Segregación en la fuente: El técnico debe implementar medidas de segregación en la fuente, es decir, separar los residuos según su naturaleza y peligrosidad desde el momento en que se generan. Esto implica utilizar recipientes y contenedores adecuados y etiquetarlos apropiadamente para evitar la contaminación cruzada y facilitar su posterior manejo y disposición.

3. Almacenamiento seguro: El técnico de laboratorio es responsable de garantizar un almacenamiento seguro de los residuos generados. Esto implica utilizar recipientes o contenedores adecuados, asegurarse de que estén correctamente cerrados y etiquetados, y almacenarlos en áreas designadas y seguras, de acuerdo con las regulaciones y normativas aplicables.

4. Manejo y transporte: El técnico debe seguir los procedimientos y protocolos establecidos para el manejo y transporte de los residuos. Esto incluye utilizar equipos de protección personal adecuados, manipular los desechos de manera segura y transportarlos de acuerdo con las regulaciones y requisitos de seguridad.

5. Colaboración con proveedores de servicios de disposición final: El técnico de laboratorio debe coordinar y colaborar con proveedores autorizados de servicios de disposición final de residuos. Esto implica asegurarse de que los desechos sean recogidos y transportados de manera segura por personal capacitado y que se realice una correcta disposición final de acuerdo con las regulaciones y normativas aplicables.

6. Capacitación y concientización: El técnico de laboratorio debe recibir capacitación continua sobre las mejores prácticas de gestión de residuos y estar al tanto de las regulaciones y normativas actualizadas. Además, es importante que el técnico participe en la concientización y educación del resto del personal del laboratorio, promoviendo una cultura de manejo responsable de los residuos.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el técnico de laboratorio desempeña un papel esencial en la gestión de residuos en un laboratorio sanitario. Su participación activa y responsable en la identificación, clasificación, segregación, almacenamiento, manejo, transporte y coordinación con proveedores de servicios de disposición final contribuye a garantizar un manejo seguro y adecuado de los residuos, cumpliendo con las regulaciones y normativas aplicables y promoviendo una práctica laboral responsable y sostenible.

6 Bibliografía

1. de Gestión y Servicios Generales U de GAS. NIOSH list of antineoplastic and other hazardous drugs in healthcare settings, 2016. (Supersedes 2014-138). U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health; 2016.
2. Gadea E, Licenciado C, Químicas C. NTP 359: Seguridad en el laboratorio: gestión de residuos tóxicos y peligrosos en pequeñas cantidades [Internet]. Insst.es. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/326827/ntp_359.pdf/0d7b512e-9945-4f91-aea1-0f8f006852f6.
3. Ecoembes [Internet]. Portal de transparencia. 2021 [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.ecoembestransparencia.com/>.
4. Ma J, Subías C, Gadea E, Xavier C, Solá G. NTP 480: La gestión de los residuos peligrosos en los laboratorios universitarios y de investigación [Internet]. Insst.es. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/326962/ntp_480.pdf/8cab4d73-c100-4724-b00d-7c98d6c5027c.

Capítulo 351

FUNCIONES DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNOSTICO EN LA REALIZACIÓN DE FLUOROSCOPIA CON ESCANEEO

SARA LÓPEZ LÓPEZ

EULALIA JARABO GARCÍA

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

MANUEL INOCENCIO MORALES

LAURA GARCIA NAVARRO

1 Introducción

La fluoroscopia de barrido es una modalidad de diagnóstico por imágenes que combina la fluoroscopia, una técnica para observar imágenes en movimiento en tiempo real, y la adquisición de imágenes fijas por barrido.

Este procedimiento se realiza utilizando una máquina de rayos X y un detector de imagen especial. En la fluoroscopia, se expone a un paciente a pequeñas dosis de radiación ionizante y una máquina de rayos X emite un haz continuo de rayos X mientras realiza un movimiento de exploración sobre un área de interés. Un detector de imágenes captura la radiación transmitida a través del paciente, la convierte en una imagen en tiempo real y la muestra en un monitor. A medida

que el escaneo se mueve por el área de interés, captura varias imágenes fijas que se pueden guardar o ver en un momento posterior. Esto permite una evaluación más detallada de la anatomía en movimiento, así como una revisión exhaustiva de las imágenes fijas. La fluoroscopia de barrido se utiliza en una variedad de aplicaciones médicas, incluida la visualización en tiempo real de procedimientos intervencionistas, como cateterismo cardíaco, colocación de dispositivos médicos y exámenes gastrointestinales. También se puede utilizar para evaluar los movimientos articulares, estudiar el tránsito intestinal y la deglución y evaluar los patrones de movimiento musculoesquelético.

Esta tecnología es especialmente útil para guiar procedimientos en tiempo real, ya que permite a los médicos visualizar los movimientos internos del paciente y ajustar el enfoque con precisión. Además, la captura de imágenes fijas durante el escaneo permite una representación detallada de la anatomía, lo que permite un análisis más detallado.

La fluoroscopia de exploración es una modalidad de imagen que combina la visualización en tiempo real mediante fluoroscopia con la adquisición de imágenes estáticas mediante exploración. Se utiliza en una variedad de aplicaciones médicas, lo que permite una guía precisa de los procedimientos de intervención y una evaluación detallada de las estructuras en movimiento.

2 Objetivos

Un equipo de técnicos de rayos se reunió con el objetivo de explicar de una manera sencilla y fácil en qué consisten las diferentes tareas que realizas en el trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación se han considerado los buscadores más indexados en este tipo de investigaciones, siendo los más utilizados PUBMED y SCIELO, y luego para la realización de este capítulo se seleccionaron cuidadosamente entre todo esos artículos.

4 Resultados

Los radiólogos, también conocidos como radiólogos o tecnólogo en radiología juegan un papel clave en la realización de fluoroscopia de trama. Sus deberes son

esenciales para garantizar la seguridad del paciente, operar equipos de fluoroscopia, preparar y posicionar a los pacientes y trabajar en estrecha colaboración con el equipo médico. A continuación se presentan algunas de las funciones principales de los radiólogos al realizar una fluoroscopia.

- Configuración del equipo: el radiólogo es responsable de configurar el fluoroscopio y asegurarse de que funcione correctamente. Esto incluye realizar controles de calidad regulares, garantizar que los parámetros de exposición se establezcan correctamente y verificar la instalación de dispositivos de seguridad como pasamanos y delantales de plomo.
 - Preparación del paciente: antes de la fluoroscopia, el radiólogo prepara al paciente para el procedimiento. Esto incluye explicar los procedimientos, responder las preguntas e inquietudes de los pacientes y garantizar la eliminación de todos los objetos metálicos y dispositivos médicos incompatibles con la radiación.
 - Posicionamiento del paciente: El radiólogo posiciona al paciente correctamente para obtener las imágenes requeridas. Esto puede incluir ajustar la altura y la inclinación de la mesa de fluoroscopia, colocar al paciente en la posición deseada y usar ayudas de posicionamiento como almohadas y correas para garantizar la comodidad y la estabilidad durante el procedimiento.
- Operando el fluoroscopio: Durante el procedimiento, el radiólogo opera el fluoroscopio. Esto incluye el control del haz de rayos X y el ajuste de los parámetros de exposición para adaptarse a los requisitos del procedimiento. También necesitan monitorear la calidad de la imagen en tiempo real y hacer ajustes técnicos si es necesario.
- Colaboración con el equipo médico: Durante una fluoroscopia, el radiólogo trabaja en estrecha colaboración con el radiólogo u otros profesionales médicos. Puede comunicarse con ellos a través del intercomunicador, seguir instrucciones específicas y coordinar la toma de las imágenes requeridas.
 - Mantenimiento de registros y documentación: Es responsabilidad del radiólogo mantener registros precisos de todos los procedimientos de fluoroscopia de exploración realizados. Esto incluye información del paciente, detalles técnicos del estudio, como parámetros de adquisición y técnicas utilizadas, y observaciones y hallazgos relevantes durante el procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

Una actitud positiva por parte de los radiólogos al realizar la fluoroscopia de exploración es esencial para brindar apoyo y tranquilidad al paciente. Un comportamiento amable, compasivo y empático reduce la ansiedad del paciente y

ayuda a crear una atmósfera de confianza durante el procedimiento. Los radiólogos deben comunicarse con claridad, lo que incluye explicar el proceso y abordar las preguntas e inquietudes de los pacientes.

Mantener la calma durante la fluoroscopia hace que el paciente se sienta cómodo y cooperativo y contribuye a obtener imágenes de alta calidad. Una actitud positiva y profesional crea un entorno que promueve la atención y el bienestar del paciente, mejorando así la experiencia general del paciente durante el procedimiento.

6 Bibliografía

1-www.google.com

2-www.revistamedica.com

Capítulo 352

TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNOSTICO Y LOS PACIENTES QUE PADECEN EL SÍNDROME DEL HOMBRO CONGELADO

SARA LÓPEZ LÓPEZ

MANUEL INOCENCIO MORALES

EULALIA JARABO GARCÍA

LAURA GARCIA NAVARRO

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

1 Introducción

El hombro es una articulación esférica formada por el húmero, la escápula y la clavícula. Su articulación principal es la articulación glenohumeral, que está rodeada por una fuerte membrana de tejido conjuntivo y líquido sinovial. La cápsula del hombro rodea la articulación del hombro y los tendones del manguito de los rotadores.

El hombro congelado, también llamado capsulitis adhesiva, es una condición común pero poco conocida caracterizada por dificultad para mover el hombro. Afecta más a mujeres que a hombres entre los 40 y los 60 años.

En el hombro congelado, el tejido blando de la cápsula articular se vuelve rígido, rígido e inflamado. Se forman las llamadas adherencias. Menos líquido sinovial

en las articulaciones. Se cree que el proceso fisiopatológico está asociado con inflamación sinovial y fibrosis de la cápsula articular. Lo más característico es que el hombro no se mueve.

Progresar en 3 etapas:

- Rigidez: Hay rigidez progresiva, aumentando el dolor especialmente por la noche. La duración es de 6 semanas a 9 meses.
 - Congelación: Disminuyen los síntomas dolorosos, pero se maximiza la rigidez. Durante esta etapa se produce un desgaste muscular que dificulta mucho la vida cotidiana. La duración de la estancia es de 4 a 12 meses.
 - Descompresión: Mejora la movilidad del hombro y reduce la intensidad del dolor. Se restaura la fuerza y el movimiento. El plazo es de 6 meses a 2 años.
- No existe una causa determinante para esta afección, pero existen factores que pueden ponerlo en mayor riesgo:
- Diabetes (por qué se desconoce).
 - otras enfermedades (hipotiroidismo, hipertiroidismo, enfermedad de Parkinson, enfermedades del corazón).
 - Inmovilización (por cirugía, fractura).

Se realizan estudios complementarios de imágenes para descartar otras causas de rigidez o dolor:

- Radiografía: Se realiza anteroposterior (AP) y rotación interna AP para evaluar componentes óseos y descartar artrosis.
- Imágenes por ultrasonido y resonancia magnética (IRM): obtenga mejores imágenes del tejido blando y el manguito de los rotadores.
- Análisis de sangre: muy útil

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico superior en imagen y diagnóstico los principales aspectos del síndrome del hombro congelado en el paciente.

3 Metodología

Para profundizar en este capítulo se realizó un estudio consistente en una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y también se consultaron artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo, y se seleccionaron artículos científicos de publicaciones científicas revisadas.

4 Resultados

El dolor que se presenta es duro y constante. Es aún peor en las primeras etapas de la enfermedad. El dolor está en la parte exterior del hombro. Los lados del hombro a menudo se ven afectados. Después de discutir sus síntomas y tomar su historial médico, se realiza un examen físico y su médico verifica la movilidad de su hombro. Mantenga sus hombros moviéndose en su rango de movimiento pasivo. Esto se compara con el rango de movimiento que el paciente puede realizar sin ayuda. Estos pacientes sufren de movilidad limitada, atrofia muscular y sensibilidad difusa. Teóricamente, el poder se conserva. Si el dolor está localizado, se debe considerar otra condición médica. Los hombros congelados suelen mejorar con el tiempo. El tratamiento se enfoca en controlar el dolor y restaurar la fuerza y el movimiento.

Las terapias bajo consideración incluyen:

1-Tratamiento no quirúrgico: La mayoría de los pacientes mejoran con tratamientos simples que reducen el dolor y mejoran la movilidad.

- Medicamento antiinflamatorio no esteroideo que reduce el dolor y mejora la movilidad.
- Inyección de esteroides directamente en la articulación del hombro.
- Terapia física con ejercicios específicos para restaurar la movilidad. Esto incluye ejercicios de estiramiento y movimientos de hombros. Aplicar calor antes de estos ejercicios ayudará a aflojar los hombros (rotación interna: estiramientos pasivos, flexiones hacia adelante, posición supina, estiramientos de brazos cruzados).

2-Tratamiento Quirúrgico:

Esta opción se considera después de 12 semanas de fracaso del tratamiento conservador. Es importante hablar con su médico acerca de su capacidad de recuperación con un tratamiento simple y los riesgos de la cirugía. El propósito de la cirugía es estirar y aflojar la cápsula articular endurecida.

Los métodos más comunes son:

- operación bajo anestesia (movimiento forzado del hombro, estirando así la cápsula y el tejido cicatricial).
- Artroscopia del hombro. Los pacientes a menudo logran muy buenos resultados y, por lo tanto, utilizan una combinación de manipulación y artroscopia.

5 Discusión-Conclusión

Este capítulo concluye con el hecho de que el técnico superior en imagen y diagnóstico debe de realizar fisioterapia postoperatoria para mantener el movimiento obtenido. El período de recuperación varía de 6 semanas a 3 meses. Este es un proceso lento, pero junto con el tratamiento, es la parte más importante para reanudar la vida normal.

A largo plazo, los resultados de la cirugía son buenos, pero en algunos casos no se logra la recuperación total del movimiento y queda una ligera rigidez. Aunque es poco común, el hombro congelado puede reaparecer, especialmente si tiene factores recurrentes como la diabetes.

6 Bibliografía

- 1- <https://medineplus.gov/>.
- 2- <https://clínicacentro.com/>.
- 3- <https://www.seram.es/>.

Capítulo 353

TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO Y LA ACTUACIÓN CON EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN LA SALA DE RADIOLOGÍA

SARA LÓPEZ LÓPEZ

MANUEL INOCENCIO MORALES

LAURA GARCIA NAVARRO

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

EULALIA JARABO GARCÍA

1 Introducción

Los pacientes politraumatizados presentan lesiones de origen traumático en diferentes regiones anatómicas como consecuencia de traumatismos biomecánicos que ponen en peligro la vida. Las causas incluyen accidentes de tráfico, colisiones y explosiones. Todos los tecnólogos deben ser conscientes de los riesgos asociados con el trabajo con estos pacientes en la sala de radiología, ya que una proyección inadecuada puede exacerbar la lesión.

El afrontamiento del politrauma implica conocer y realizar acciones muy concretas en cuanto a actuación posterior. Esta es una de las situaciones más preocu-

pantes para los profesionales que deben actuar con rapidez y prudencia a la hora de atender a un paciente cuando un médico de urgencias solicita una radiografía. Por lo tanto, los expertos juegan un papel clave en el uso interdisciplinario de pacientes politraumatizados en la sala de radiología con respecto a las proyecciones solicitadas y para llegar al diagnóstico correcto en casos de posibles lesiones. La radiología es uno de los exámenes complementarios básicos para este tipo de pacientes, ya que aporta información relevante e importante. Un protocolo de planificación típico incluye una radiografía de tórax, columna cervical lateral y pelvis anterior (AP). Dependiendo del examen físico y de las radiografías basales previas, se pueden solicitar las siguientes pruebas adicionales de forma individual para completar el diagnóstico.

2 Objetivos

Presenta una variedad de procedimientos de movilización para pacientes politraumatizados para determinar el pronóstico necesario en colaboración con otros especialistas.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se realizó una revisión bibliográfica luego de búsquedas activas en diversas bases de datos como Google Scholar, Webcir, Elsevier, Scielo y Slideshare. Como criterio de búsqueda, utilice palabras clave relacionadas con el tema a tratar, como politrauma, radiografía y trauma.

4 Resultados

Una causa de accidentes son los accidentes de tránsito, otras son las caídas, los accidentes de trabajo, los accidentes domésticos y las agresiones. Para pacientes politraumatizados, se deben distinguir seis situaciones diferentes de shock y cabeza. , traumatismo en el tórax, la médula espinal, las extremidades y el abdomen.

La forma en que tratamos este tipo de pacientes en la sala de radiología se basa en pautas muy bien establecidas. Por ejemplo, evalúe el estado de un paciente a la entrada de una sala de radiología para determinar qué técnica de movilización utilizar y cómo colocarla. Se utiliza en cada proyección para obtener el diagnóstico más completo posible.

La velocidad es muy importante en este tipo de pacientes y es importante minimizar el número de movimientos. En la práctica, queremos obtener imágenes lo más específicas y detalladas posible, incluso si la condición del paciente es compleja.

La sala de radiología debe estar equipada con los mismos recursos básicos de soporte vital que una unidad de cuidados intensivos. Las principales radiografías requeridas para este tipo de pacientes son las de tórax, cuello y pelvis. Las dificultades involucradas imponen limitaciones en la tecnología y la calidad de las imágenes mostradas. Procedimientos a Seguir:

1. Admitir al paciente y primero observar la condición.
2. Trabajar con guardias de seguridad para controlar movimientos innecesarios para evitar lesiones mayores.
3. No quitar el collar ni la mesa fija.
- 4 Comience con las proyecciones deseadas de la columna cervical lateral, el tórax anteroposterior y la pelvis posterior.
5. Radiografía lateral de la columna cervical: deben incluirse las 7 vértebras cervicales hasta T1. Sin quitar el collarín cervical y, por supuesto, sin mover los hombros del paciente, la camilla se coloca en el marco de la pared y se mueve. Nuestro objetivo es visualizar posibles fracturas e identificar lesiones.
6. Radiografía de tórax anteroposterior: Con la ayuda de la enfermera, tire suavemente del paciente hacia la mesa de examen. Pida al paciente que tome aire y contenga la respiración si es posible. Busque lesiones pulmonares como fracturas de costillas o neumotórax.
- 7 Radiografías de pelvis anteroposterior: Se realizó una proyección AP de pelvis en la misma mesa. Esta proyección es muy útil para localizar fracturas porque muestra la posición exacta dentro del hueso.
8. Utilice el método de imagen apropiado para todas las proyecciones.
- 9 Una vez finalizada la proyección, coloque al paciente en la camilla y compruebe el estado.
10. Envíe todas las fotos del paquete al médico solicitante para que pueda investigar más a fondo las posibles lesiones y determinar si se requieren pruebas adicionales.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las lesiones se consideran tratables. Por lo tanto, es necesario un diagnóstico preciso y rápido para llegar al enfoque médico correcto.

Los tecnólogos radiólogos deben comprender los procedimientos para tratar este tipo de pacientes y comunicarse con los radiólogos y radiólogas para que las radiografías se puedan realizar de la mejor manera posible para la detección integral de lesiones. Es necesario cooperar activamente con ambos médicos. Permite a los médicos de emergencia proporcionar un tratamiento rápido y preciso. También existe la necesidad de mejorar la seguridad del paciente y facilitar la movilidad del paciente de manera que se reduzca el dolor.

Es importante para el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear conocer los procedimientos para el manejo de pacientes politraumatizados, para capacitar adecuadamente y desempeñar al paciente de manera efectiva, para contribuir al trabajo del equipo médico y tener en cuenta la salud del paciente.

6 Bibliografía

1- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

2- <https://www.scielo.org/es/>.

3- <https://medlineplus.gov/spanish>

Capítulo 354

PLANIFICACIÓN DE UN ESTUDIO DE RADIOLOGÍA SIMPLE

ALBA GARCÍA PÉREZ

1 Introducción

La radiología es una especialidad nueva, en comparación con otras especialidades, que crece a medida que se producen los avances tecnológicos. La radiología tiene como objetivo el diagnóstico y tratamiento de las dolencias, utilizando radiaciones ionizantes o no ionizantes y otras fuentes de energía.

En el transcurso por el que se solicita un tratamiento radiológico, se lleva a cabo, se interpretan los resultados en un informe y vuelven al médico especialista. Ocupan un papel esencial los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear.

El técnico tiene como función principal "la obtención de registros gráficos, morfológicos o funcionales del cuerpo humano, con fines diagnósticos o terapéuticos, utilizando equipos de radiodiagnóstico y medicina nuclear, siguiendo los protocolos de trabajo, interpretando y validando los resultados técnicos obtenidos bajo la dirección del médico especialista correspondiente".

Por consiguiente, de sus estudios y capacidad de adaptar los procedimientos estándar a casos individuales va a depender el resultado del procedimiento radiológico.

Conseguir una alta calidad de imagen se trata de un proceso que va más allá del simple conocimiento teórico, introduciendo elementos que implican al propio paciente y que el técnico superior en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear debe tener bajo control durante todo el procedimiento de importación de imágenes.

2 Objetivos

Conocer las funciones del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en relación a los protocolos de recepción del paciente, preparación, realización y finalización del estudio radiográfico.

Detallar los destinatarios de imagen y el proceso de formación de la imagen.

Entender los conceptos técnicos básicos de formación de la imagen radiológica y su geometría.

Estudiar las causas técnicas necesarias para realizar una radiografía con respecto al grosor de la zona que se va a explorar.

Reconocer los aparatos que mejoran la imagen.

Asumir la protección del paciente frente a la radiación X en las exploraciones de radiología simple.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos con respecto a la preparación de un estudio de radiología simple.

Las bases utilizadas para la obtención de la información son las siguientes: Pubmed, Dialnet y Scielo. Los conceptos utilizados para la búsqueda han sido: Radiología simple, estudio radiográfico y radiación X.

4 Resultados

La recepción del paciente para la exploración radiológica supone el comienzo del proceso de obtención de la imagen diagnóstica. Se trata del primer contacto entre el paciente y el técnico superior en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear, el punto de inicio del conjunto de enlaces que forman la cadena de la imagen radiológica. Por ello, gran parte de la eficacia de la prueba, dependerá de la comunicación que surja con el paciente para que comprenda todos los pasos del procedimiento y colabore.

En función de la información disponible, de la colaboración del paciente y de los criterios técnicos, el técnico superior en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear tendrá que tomar algunas decisiones sobre la prueba radiológica con la finalidad de garantizar su calidad, siguiendo los protocolos marcados por la Unidad de Diagnóstico por Imagen.

El desarrollo de recepción del paciente, seguirá las siguientes pautas:

- El proceso de aviso al paciente se llevará a cabo de acuerdo al método seleccionado por la unidad, que siempre tendrá en cuenta la legislación vigente en cuanto a la protección de datos.
- Una vez el paciente se encuentra en la sala de exploración y se ha comprobado la identidad del paciente y la prueba a realizar, se realizará una valoración física visual con el fin de dirigir al paciente al dispositivo de Rayos X más conveniente para su exploración.
- Una vez el paciente se encuentre en el dispositivo de Rayos X, el técnico comenzará a explicar al paciente la prueba radiográfica que se le va a realizar.
- Antes de dar comienzo a la exposición, se darán instrucciones claras y concisas sobre la prueba.
- Por último, el procedimiento se realizará de forma correcta, siguiendo las pautas del código deontológico.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico de la prueba radiológica es incumbencia del médico radiólogo, de ninguna manera esa información debe ser transmitida al paciente por el técnico superior en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear.

Es necesario conocer las proyecciones básicas de cada región anatómica para conseguir dos proyecciones ortogonales. A dichas proyecciones pueden añadirse las imágenes complementarias necesarias para la visualización completa de una región determinada o según cierta patología.

Es competencia del técnico superior en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear utilizar todos los medios físicos e individuales a su disposición para asegurar la protección radiológica con respecto a las personas, equipos e instalaciones, cumpliendo los criterios de calidad instaurados por los programas de garantía de calidad para las Unidades de Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear.

6 Bibliografía

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35152963/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8876954/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28958364/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36416419/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27535941/>
<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/pruebas-diagnosticas/radiologia-radiografias-rayos>

x <https://www.saludemia.com/-/prueba-radiologia-simple>

Capítulo 355

EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN ALTERACIONES ERITROCITARIAS Y SU ESTUDIO EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA

MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA

ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA

MANUELA GARCÍA ARIAS

BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE

MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN

1 Introducción

La tinción es la práctica que se realiza con el objetivo de colorear las diversas estructuras celulares que hay en la sangre, se consigue aumentar el contraste y se facilita la identificación de las distintas células que hay en la muestra. Uno de los objetivos de esta tinción es la observación de las alteraciones eritrocitarias, que es de lo que se va a centrar este capítulo.

El eritrocito maduro es la célula mayoritaria del torrente sanguíneo. No tiene núcleo, tiene forma de disco bicóncavo, un diámetro de entre 7-9 μm , un grosor de 2 μm en la periferia y de 1 μm en la parte central. Su volumen aproximado es de entre 80 y 100 fl. Su misión principal es la de transporte de oxígeno a las

demás células del cuerpo, intercambiándolo por dióxido de carbono que llevará al pulmón para su eliminación.

El orden de maduración del eritrocito es: Proeritroblasto, Eritroblasto basófilo, Eritroblasto policromático, Eritroblasto policromático, Reticulocito y, finalmente, Eritrocito.

Las tinciones Romanosky, es una tinción prototípica, tinción predecesora de las tinciones actuales que se utilizan en el laboratorio: Giemsa, Wright... que ayudaran a la observación de las anormalidades de los eritrocitos.

Estas tinciones emplean dos tipos de colorante, el azul de metileno, que es un colorante básico con afinidad por los componentes celulares ácidos, dándoles una tonalidad azulada. La eosina es un colorante ácido, con afinidad por los componentes celulares básicos que adquieren una tonalidad rosada.

Los eritrocitos poseen hemoglobina que es una proteína básica, por tanto, los eritrocitos bajo el microscopio se observarán de un color rosa-salmón.

2 Objetivos

- Explicar las alteraciones de color, tamaño y forma que pueden presentar los eritrocitos.
- Relacionar cada tipo de alteración eritrocitaria con su patología.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, basado en una investigación documental y una revisión bibliográfica, se han utilizado fuentes de información como artículos, revistas y varios libros, consultando en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Las palabras clave elegidas para la búsqueda de los artículos han sido: Eritrocito, anemias, alteraciones eritrocitarias.

4 Resultados

Alteraciones en el color:

- Normocromico: Color normal
- Hipocrómico: Cantidad de hemoglobina está disminuida, la parte central del eritrocito es más pálida. Típico de anemias ferropénicas.

- Hipercrómico: Gran cantidad de hemoglobina, se pierde el halo central. Típico de anemias megaloblásticas y esferocitosis.
- Anisocromía: Existen eritrocitos tanto hipocrómicos como hipercrómicos. Se puede ver en anemias sideroblásticas.
- Policromasia: Presencia elevada en sangre de eritrocitos jóvenes, abandonan prematuramente la médula ósea y se tiñen de azul pálido debido al contenido que tienen de ARN. Son los denominados reticulocitos.

Alteraciones en el tamaño:

- Microcíticos: Eritrocitos pequeños, con un volumen corpuscular medio inferior a 80 fl. Típico de talasemias y anemias ferropénicas.
- Macrocíticos: Eritrocitos de elevado tamaño, con un volumen corpuscular medio superior a 100 fl. Típico de anemia megaloblástica.
- Anisocitosis: Alteración del tamaño de eritrocitos, se encuentran de varios tamaños, microcíticos, normocíticos y macrocíticos. Existe una elevada distribución eritrocitaria (ADE).

Alteraciones en la forma:

- Poiquilocitosis: Hace referencia a la presencia de diferentes formas de los hematíes en la misma muestra.
- Eliptocitos u ovalocito: Forma ovalada alargada. Se puede observar en anemia ferropénica, eliptocitosis hereditaria, anemia megaloblástica.
- Esferocitos: Con forma de esfera, el eritrocito ha perdido su forma biconcava. Se observa en anemia hemolítica.
- Dianocitos: El área central es más oscura que el reborde, dando un aspecto de diana. Aparece en Talasemias, enfermedades de hemoglobina C.
- Esquistocitos: Son hematíes fragmentados. Típico de anemias hemolíticas.
- Acantocitos: Eritrocitos con espículas asimétricas o de forma irregular. Se observa en Abetalipoproteinemia.
- Equinocitos (Burr-cells): El eritrocito presenta un gran número de espículas cortas que lo rodean simétricamente. Aparece en anemia por déficit de piruvato quinasa (PK).
- Estomatocitos: El eritrocito presenta una depresión central alargada, semejante a una boca. Se observa en Estomatocitosis hereditaria.
- Dacriocitos: Tienen forma de pera o lágrima. Se observa en síndromes mieloproliferativos.
- Drepanocitos o hematíes faciformes: Hematíes alargados, estrechos, con extremos puntiagudos, con forma de hoz o medialuna. Contienen hemoglobina S. Típico de anemias falciformes.
- Excentrocitos: La hemoglobina se halla acumulada en uno de los extremos del

hematíe, la zona central se observa clara. Aparece ante un déficit de glucosa -6 - fosfato- deshidrogenasa (favismo).

- Queratocito: Eritrocito con forma de casco, presenta dos proyecciones citoplasmáticas. Aparece en anemia hemolítica.

Alteraciones de la estructura, inclusiones eritrocitarias:

- Punteado basófilo: El eritrocito presenta por su citoplasma gránulos azulados, son ribosomas parcialmente degradados. Esta inclusión es típica de intoxicación por plomo, betatalasemia, anemia ferropénica.

- Cuerpos de Pappenheimer: Inclusiones pequeñas, basófilas, únicas o en grupos que se encuentran en la periferia del hematíe. Se trata de partículas de hierro o hemosiderina. Pueden observarse mediante tinción de Perls. Es típico de anemia sideroblástica.

- Cuerpos de Howell-Jolly: inclusiones únicas, aunque rara vez dobles, pequeños y de color violeta, son restos de cromatina nuclear, que provienen de la incompleta expulsión del núcleo en la maduración del eritrocito. Aparecen en anemia megaloblástica.

- Anillos de Cabot: Anillos de color rojizo o púrpura que corresponden a restos de la membrana nuclear y microtúbulos del eritroblasto. Se observan en anemias megaloblásticas.

- Cuerpos de Heinz: inclusiones redondeadas, próximas a la membrana, que se forman por la acumulación de hemoglobina precipitada. Se pueden observar con la tinción de azul cresil brillante. Aparecen en enzimopatías como el déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa, patologías de la hemoglobina, anemias hemolíticas por acción de fármacos.

- Fenómeno Rouleaux o formación de pilas de monedas: Se trata de una superposición de los eritrocitos uno detrás de otro, como si formaran una cadena. Suele deberse a un aumento de proteínas, sobre todo de inmunoglobulinas. Se observaba en la gammapatía monoclonal.

5 Discusión-Conclusión

La práctica que realiza el técnico de laboratorio respecto al estudio de las extensiones de sangre y la evaluación de los índices eritrocitarios es una práctica que, en la actualidad, ayuda al diagnóstico de cualquier tipo de anemia.

El estudio de frotis sanguíneo es una herramienta importante que se complementa con el hemograma. Un estudio del Volumen corpuscular medio, junto con la extensión, permite efectuar una clasificación básica de las anemias en función del tamaño de los hematíes, de esta manera, se podrá llevar a cabo un estudio

analítico óptimo, discriminando los tipos de anemias que no concuerden con el tamaño del eritrocito. También es posible hacer otra gran clasificación de las anemias: en arregenerativas y regenerativas. Si en la extensión observamos gran número de eritrocitos color azulado, puede existir una policromasia, es decir, hay muchos reticulocitos en sangre y, por tanto, la anemia es regenerativa. Por el contrario, una disminución de reticulocitos en sangre podría tratarse de una anemia arregenerativa.

6 Bibliografía

1. Ventimiglia FD, Rivas-Ibarüen Ma, Vildoza A, Orsilles MÁ. Valor diagnostico de la morfología eritrocitaria en las anemias. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572017000300013.
2. Megías Vericat J, San Miguel Díez T, Serna García E. Frotis Sanguíneo y Tinción de Giemsa. Disponible en: <https://roderic.uv.es/handle/10550/56145>.

Capítulo 356

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL ESTUDIO DEL SISTEMA MAYOR DE HISTOCOMPATIBILIDAD

MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA

ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA

MANUELA GARCÍA ARIAS

BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE

MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN

1 Introducción

La histocompatibilidad, en pequeña medida, se le conoce como el Complejo Mayor de Histocompatibilidad (MHC). Numerosos genes que regulan las respuestas inmunológicas se encuentran en esta región del cromosoma y juegan un papel en el rechazo de los tejidos trasplantados.

Las clases I, II y III son tres grupos considerables de moléculas que se dividen en esta región según su distribución, estructura y función en los tejidos.

El primer antígeno de la región del Sistema Mayor de Histocompatibilidad (HLA), que llamó MAC y ahora se conoce como HLA, fue descubierto por el profesor francés de medicina experimental Jean Dausset en 1958, marcando el inicio del estudio de este sistema. A2. Sin embargo, el sistema HLA fue reconocido por primera vez por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1967.

Las células tienen moléculas en su superficie que son particulares de cada individuo. Con la ayuda de estas moléculas o marcadores, el sistema inmunitario es capaz de distinguir entre sustancias "propias" y "ajenas". Las moléculas de histocompatibilidad, que identifican a las células como propias, se expresan en la superficie celular y se codifican genéticamente en una región del brazo corto del cromosoma 6 conocida como HLA. Los marcadores HLA ayudan a identificar qué antígenos puede reconocer cada persona, y este sistema es crucial para la respuesta inmune. También permite que las células inmunitarias como los linfocitos B, los linfocitos T y los macrófagos se reconozcan y se comuniquen entre sí.

Además de ser utilizado para diagnosticar enfermedades autoinmunes como la enfermedad celíaca, la artritis reumatoide o la espondilitis anquilosante, el estudio de los genes HLA es fundamental para la realización de las pruebas de paternidad como de trasplantes.

2 Objetivos

Desarrollar y familiarizarse con los principales atributos, roles y técnicas que se utilizan en el laboratorio de Inmunología, particularmente en la sección de Histocompatibilidad, en relación con el tema previamente expuesto para su estudio, así como la medición.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, entre las que se encuentran las siguientes: ScienieDirect, Scielo, MetLine, o Cuiden Plus, para asegurar la correcta ejecución del trabajo expuesto. Para mí, estos han sido extremadamente útiles en el trabajo.

4 Resultados

Hay tres clases de moléculas HLA, como ya se mencionó:

- 1-Todas las células nucleadas y las plaquetas expresan moléculas de clase I, que están formadas por los antígenos HLA-A, HLA-B y HLA-C.
- 2-Las moléculas de clase II solo se encuentran en las superficies de las células T activadas, los linfocitos B, los macrófagos y algunas células epiteliales.

3-Las moléculas de clase III son proteínas codificadas por MHC, que participa en el sistema del complemento al activar la proteína C3. Ciertos antígenos HLA están presentes en una amplia gama de enfermedades humanas. Cuando una persona tiene una de estas enfermedades, su sistema inmunológico no reconoce los antígenos de su cuerpo como propios, lo que desencadena una reacción inmunológica que resulta en la muerte celular.

El antígeno HLA-B27, presente en el 90% de las personas con espondilitis anquilosante, el antígeno HLA-DR4, presente en la artritis reumatoide, y el antígeno HLA-BB, presente en la enfermedad celíaca, serán los tres principales antígenos en los que nos concentraremos en el desarrollo del trabajo. Cada uno de ellos se discutirá con más detalle a continuación:

1. Antígeno leucocitario de superficie HLA-B27 (clase I): Este gen es el responsable de una enfermedad reumática crónica que provoca dolor y fibrosis progresiva de las articulaciones. Está codificado en el locus B. Un resultado favorable ayuda al médico solicitante a identificar la espondiloartritis, un tipo de artritis. Otras enfermedades como las relacionadas con la artritis se incluyen en esta categoría de patología, con colitis ulcerosa, también conocida como enfermedad de Crohn, artritis psoriásica (artritis relacionada con la psoriasis), sacroilitis (inflamación de la articulación sacroilíaca) o uveítis.

Sin embargo, la presencia de la región HLA-B27 también se encuentra en algunos individuos sanos y no indica necesariamente que tenga una enfermedad. Por el contrario, un resultado positivo junto con los síntomas y signos más reconocibles de la enfermedad ayudan a confirmar de manera concluyente el diagnóstico.

Con frecuencia, la causa es desconocida. Sin embargo, en algunos casos de artritis reactiva, los antecedentes de infección por microbios como Chlamydia, Campylobacter, Salmonella, Ureaplasma o Yersinia están relacionados con el desarrollo de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Tras las revisiones, se puede concluir que la evaluación y estudio de las distintas regiones HLA que se realiza en el Laboratorio de Análisis Clínicos de la especialidad de Inmunología es de gran beneficio y ayuda para confirmar o descartar también enfermedades autoinmunes como con los trasplantes. De acuerdo a lo que pude deducir, el informe del laboratorio brindará esta vez información muy valiosa a través de una técnica laboriosa, pero debemos recalcar que es muy poca. Aunque los hombres son más propensos a desarrollar las enfermedades relacionadas con este antígeno leucocitario, las mujeres también pueden contraerlas,

aunque los signos y síntomas son más leves en las mujeres.

6 Bibliografía

-www.revistamedica.com

-www.scielo.org

Capítulo 357

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA EXPOSICIÓN A FLUIDOS CORPORALES

MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA

ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA

MANUELA GARCÍA ARIAS

BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE

MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN

1 Introducción

El análisis de fluidos humanos es una prueba médica solicitada con frecuencia porque puede decirnos mucho sobre un paciente, incluso si tiene o no una enfermedad, qué tan grave es y qué tan bien le irá. Para su obtención se utilizan tanto métodos naturales como artificiales, como en el caso de la toma de muestras.

La obtención de muestras de sangre o líquido cefalorraquídeo de forma manual por un médico con la formación necesaria y suficiente para esta tarea, a diferencia de los métodos mecánicos, como la extracción de orina o esputo, o la obtención de muestras de sangre o líquido cefalorraquídeo.

Estas muestras de fluidos deben ser procesadas en el laboratorio clínico para ser diagnosticadas. Los técnicos de laboratorio son los encargados de preparar

y procesar las muestras mediante diversas técnicas y lograr resultados de esa manera.

El médico correspondiente podrá interpretarlos posteriormente.

La sangre y otros fluidos corporales potencialmente contaminados están expuestos con frecuencia a los profesionales de la salud que trabajan como técnicos de laboratorio. Esta exposición y posible contaminación es el mayor riesgo laboral al que se enfrentan, pero también es el más prevenible si se utilizan las barreras y medidas preventivas adecuadas para este trabajo.

2 Objetivos

Hacer una revisión sobre los peligros potenciales que un técnico de laboratorio podría enfrentar como resultado de entrar en contacto con varios fluidos corporales humanos en el trabajo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, entre las que se encuentran las siguientes: ScienceDirect, Scielo, MedLine, o Cuiden Plus, para asegurar la correcta ejecución del trabajo expuesto. Para mí, estos han sido extremadamente útiles para este trabajo.

4 Resultados

Los fluidos corporales son aquellas sustancias que pueden fluir o que se producen en el interior de los seres vivos, ya pueden ser líquidos o gases, incluso los sólidos finamente pulverizados. Los fluidos corporales son totalmente normales en el ser humano, son fluidos corporales que desechan los seres humanos; algunos de estos fluidos corporales son: Sangre, orina, heces, esputo, semen, líquido cefalorraquídeo y una variedad de otros fluidos corporales humanos son solo algunos de los fluidos corporales que se pueden analizar en el laboratorio clínico. Debido a que este análisis involucra varias disciplinas analíticas, el ritmo de trabajo es muy alto en un espacio pequeño donde muchos profesionales están trabajando simultáneamente.

En la medida de lo posible, se debe evitar la exposición a todos estos fluidos porque existe la posibilidad de que puedan estar contaminados y porque se suele

solicitar un estudio de los mismos cuando se sospecha una patología y se investiga profundamente.

Para evitar que el técnico de laboratorio se enferme o desarrolle problemas como consecuencia de la exposición a fluidos corporales, es importante identificar el origen o causa de la patología que se presenta en el paciente que aporta la muestra con previo cuidado.

Además, se observan riesgos en presencia de enfermedades no diagnosticadas y en ausencia de atención médica potencial en el momento del descubrimiento.

Para poder ver la trazabilidad de la muestra en caso de que se requiera un rastreo o una revisión, es fundamental evitar en la medida de lo posible el contacto con estos fluidos cuando se realizan pruebas de rutina a los pacientes.

Todos los protocolos relacionados con las muestras de laboratorio deben estandarizarse para minimizar o incluso eliminar por completo cualquier error potencial. Además, los recipientes de muestras de fluidos deben usarse correctamente para garantizar el aislamiento de cualquier posible contaminante.

5 Discusión-Conclusión

Al manipular muestras de fluidos corporales humanos como parte de su trabajo rutinario, los técnicos de laboratorio deben tener los conocimientos necesarios y saber cómo aplicarlos para evitar posibles contaminaciones.

El propio laboratorio deberá dotar de todas las barreras de protección personal imaginables, tales como guantes, gafas de protección, pantallas protectoras, mascarillas y ropa de trabajo, que se encargarán de la limpieza e higienización del propio fluido, así como técnicas de prevención expresa para cada fluido. Además, sería crucial la limpieza y la configuración del laboratorio en sí. A la hora de crear tareas, un buen espacio de trabajo debe ser ordenado y funcional.

6 Bibliografía

-<https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2012/10/anc3a1lisis-clc3adnicosde-fluidos-corporales-en-ellaboratorio.pdf>.

-<https://labclinicovirtual.wordpress.com/category/fluidos-corporales/>

Capítulo 358

RECOLECCIÓN DE ORINA EN 24 HORAS

MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO

LUCÍA VALENCIA GARCÍA

ESTRELLA JARA LAVADO

BEATRIZ MORENO LIZCANO

ANA MARÍA SOLÍS

1 Introducción

El análisis de orina en 24 horas, es una técnica de evaluación médica que proporciona una visión completa y detallada de la función renal y la composición metabólica. Esta técnica es conocida por su capacidad para proporcionar información sobre la orina, a lo largo del día, lo que permite evaluaciones más precisas y profundas, en comparación con las muestras de orina aleatorias o matutinas.

La orina refleja la función del sistema renal y la homeostasis metabólica y contiene una variedad de solutos y metabolitos, que pueden variar a lo largo del día. Los valores obtenidos de una muestra de orina de 24 horas pueden proporcionar información importante sobre la capacidad de los riñones para filtrar y eliminar sustancias, así como sobre las condiciones médicas subyacentes que pueden estar presentes.

Esta técnica tiene importantes aplicaciones clínicas en el diagnóstico de diversas condiciones médicas. La información recopilada a través del análisis de orina 24 horas ayuda a la detección temprana y precisa de enfermedades renales, además puede revelar cambios en el metabolismo de sustancias como el calcio, el sodio y el ácido úrico.

En este trabajo discutiremos en detalle los objetivos de un análisis de orina en 24 horas, los métodos para recolectar una muestra precisa, los resultados que se pueden obtener y su importancia clínica.

2 Objetivos

El propósito primordial de esta técnica es:

- Proporcionar una visión global y precisa de la función excretora de los riñones, permitiendo la identificación temprana de trastornos renales y alteraciones metabólicas.
- Evaluar la tasa de filtración glomerular (TFG), que es un indicador fundamental de la función renal.
- Otro objetivo crucial es identificar la presencia de trastornos renales, como la proteinuria y la hematuria, que pueden indicar daño en el tejido renal.
- En el ámbito metabólico, el análisis de orina en 24 horas busca establecer patrones de excreción de sustancias como el calcio, el sodio y el ácido úrico.
- Detección de desequilibrios en la excreción de estos componentes

3 Metodología

Para realizar este estudio se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos, guías clínicas y publicaciones médicas relacionadas con el análisis de orina de 24 horas. Se han recopilado datos sobre la recolección adecuada de muestras, la evaluación de parámetros y los métodos analíticos utilizados para cuantificar estos componentes.

4 Resultados

Uno de los resultados básicos es la tasa de filtración glomerular (TFG), que se calcula a partir de la cantidad de creatinina excretada en la orina y el nivel en la sangre. La TFG es un indicador importante de la función renal porque mide la capacidad del riñón para filtrar los desechos y el exceso de solutos del torrente sanguíneo.

La evaluación de la TFG durante un período de 24 horas permite la detección temprana de cambios en la función renal que son importantes para diagnosticar la enfermedad renal. Un análisis de orina de 24 horas también proporciona información sobre la excreción de varias sustancias como calcio, sodio y ácido úrico.

Estos resultados son valiosos en el diagnóstico y tratamiento de trastornos metabólicos. Por ejemplo, la hipercalciuria puede estar asociada a la formación de cálculos renales, y la detección precoz a partir de este análisis permite iniciar medidas preventivas. De manera similar, el control de la excreción de sodio proporciona información sobre el equilibrio de líquidos y la función renal en condiciones como la hiponatremia.

La presencia y cantidad de proteínas y glóbulos rojos en la orina también son resultados importantes de la prueba de 24 horas. La proteinuria puede indicar daño renal y la cuantificación precisa de la cantidad de proteína excretada ayuda a determinar la gravedad de la enfermedad. La hematuria, o la presencia de sangre en la orina, puede ser un signo de enfermedad renal o sistémica, y la identificación de la hematuria mediante este análisis es muy importante para un diagnóstico preciso.

Además de los resultados específicos descritos anteriormente, la prueba de orina de 24 horas proporciona una descripción general de la composición de la orina a lo largo del día. Esto puede revelar patrones de excreción que pueden indicar alteraciones metabólicas o alteración de la función renal. Los datos recopilados a través de este análisis son útiles para la toma de decisiones clínicas, como la selección y el ajuste del tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Una prueba de orina de 24 horas es una herramienta muy valiosa en el entorno clínico, pero su implementación puede ser un desafío debido a que hay que realizar una recolección precisa de las muestras a lo largo del día. Sin embargo,

los beneficios en la evaluación integral de la función renal y la identificación de trastornos metabólicos superan estos desafíos.

La comparación de los resultados con los valores de referencia es fundamental para una correcta interpretación. Una prueba de orina de 24 horas es obligatoria, pero en algunos casos se pueden agregar pruebas más específicas para un diagnóstico completo.

6 Bibliografía

1. <https://myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/92,P09253#:text=La%20recolección%20de%20orina%20en%2024%20horas%20es%20una%20prueba,minerales%20y%20otros%20compuestos%20químicos>.
2. <https://www.tuasaude.com/es/orina-de-24-horas/>
3. <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/orina-de-24-horas>
4. <https://kidshealth.org/es/parents/analysis-stones.html>
<https://blog.aegon.es/salud-familiar/analisis-orina/#:text=Las%20enfermedades%20detectadas%20por%20un,y%20pasan%20por%20la%20o>
5. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007305.htm#:text=La%20tasa%20de%20filtración%20glomerular,de%20los%20glomérulos%20cada%20minuto>.
6. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-tasa-de-filtracion-glomerular-tfg/>

Capítulo 359

PROTEÍNAS EN ORINAS

MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO

LUCÍA VALENCIA GARCÍA

ESTRELLA JARA LAVADO

BEATRIZ MORENO LIZCANO

ANA MARÍA SOLÍS

1 Introducción

La proteína urinaria, conocida como proteinuria, es un indicador médico muy importante para evaluar la función renal y la salud general.

La presencia de proteína en la orina puede indicar una variedad de condiciones médicas, desde enfermedad renal hasta problemas metabólicos y sistémicos. Esta manifestación clínica ha llamado la atención de los profesionales médicos como un marcador útil para el diagnóstico precoz, seguimiento y tratamiento de diversas enfermedades.

La proteinuria es el resultado de la interrupción del proceso de filtración glomerular renal. Las proteínas en la sangre suelen ser demasiado grandes para pasar a través del filtro del riñón. Sin embargo, si el aparato de filtración del riñón, el glomérulo, está dañado o funciona mal, la proteína puede filtrarse en la orina.

La detección temprana y la cuantificación precisa de la proteinuria son importantes para comprender el estado de la función renal y la posible presencia de

una enfermedad subyacente. La importancia de la proteína en la orina radica en su capacidad para proporcionar información sobre la salud del sistema renal y su conexión con otros sistemas del cuerpo.

Los riñones juegan un papel importante en la eliminación de productos de desecho del cuerpo y la regulación de líquidos y electrolitos. La proteinuria indica un mal funcionamiento de estos procesos y puede dar lugar a una serie de efectos que pueden afectar negativamente a la salud en general.

El propósito de este estudio también fue explorar las implicaciones clínicas y las limitaciones potenciales de la evaluación de proteínas urinarias. Aunque la proteinuria puede ser un marcador útil, no es necesariamente específica de una condición en particular y, si está presente, puede requerir más investigación para determinar la causa subyacente.

Además, se consideran las circunstancias en las que la proteinuria puede ser un fenómeno transitorio e inofensivo y cuándo debería ser motivo de preocupación médica.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es:

- Explorar a fondo la importancia clínica de las proteínas urinarias y cómo su evaluación puede contribuir significativamente a la detección temprana, el seguimiento y el tratamiento de diversas afecciones médicas.
- Dilucidar los matices de la proteinuria y su papel en la detección de enfermedades renales y sistémicas.
- Analizar cómo la presencia de proteínas en la orina puede ser un marcador importante de enfermedad renal.
- Investigar la relación entre la proteinuria y la enfermedad sistémica.
- Comprender los métodos utilizados para evaluar la proteinuria
- Discutir las implicaciones clínicas y las posibles limitaciones de evaluar la proteína en la orina.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de estudios clínicos y publicaciones médicas sobre proteinuria para lograr los objetivos propuestos. Los datos se recopilieron con una variedad de métodos de evaluación que van desde pruebas con tiras reactivas hasta técnicas cuantitativas más avanzadas, como las proporciones de proteína/creatinina. Además, se examinó la enfermedad asociada con proteinuria y su asociación con la función renal y otros marcadores clínicos.

4 Resultados

La evaluación de la proteína en la orina arroja muchos resultados importantes que tienen profundas implicaciones para el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de una amplia gama de enfermedades.

Uno de los resultados más relevantes es la detección cualitativa de la presencia de proteína en orina. Una herramienta de uso común para esto es la prueba de la tira reactiva. Estas pruebas pueden evaluar rápida y fácilmente la proteinuria y mostrar la presencia o ausencia de proteinuria.

Esta evidencia cualitativa puede dar una indicación temprana de posibles problemas de salud, pero no brinda información detallada sobre la cantidad de proteína en la orina. Para una cuantificación más precisa se utilizan métodos cuantitativos como el cociente proteína/creatinina. Esta relación tiene en cuenta la concentración de proteína en la orina en relación con el producto de desecho metabólico creatinina.

La medición de esta relación permite una estimación más precisa de la cantidad de proteína excretada, teniendo en cuenta los cambios en la concentración de orina. Los valores altos de la relación proteína/creatinina pueden indicar un aumento de la excreción de proteínas y una posible disfunción renal.

La cuantificación precisa de la proteinuria es fundamental para el diagnóstico y la evaluación de la progresión de la enfermedad renal. Los resultados de la evaluación cuantitativa pueden variar según el método utilizado y la concentración de proteína presente.

Ciertos valores de referencia, derivados de la población general y ajustados por factores como la edad y el sexo, ayudan a determinar si los resultados son normales o indicativos de una posible enfermedad.

Es importante tener en cuenta que el hallazgo de proteinuria no es específico de ninguna afección en particular y es posible que se requiera una mayor investigación para determinar la causa subyacente. En algunos casos, la proteinuria puede ser un síntoma transitorio asociado con factores transitorios como fiebre o ejercicio extenuante. Sin embargo, los niveles altos o persistentes de proteinuria pueden indicar que se necesita más investigación para llegar a un diagnóstico completo y preciso.

En resumen, la medición de los niveles de proteína en la orina es una herramienta valiosa para la detección temprana y el tratamiento de diversas enfermedades. La proteinuria, ya sea cualitativa o cuantitativa, proporciona información importante sobre la función renal y la salud general.

En última instancia, esta evaluación contribuye a una atención médica más precisa y proactiva, guía la toma de decisiones clínicas y mejora la calidad de vida del paciente. La investigación adicional en esta área refinará aún más su utilidad y contribución a la medicina moderna.

1. <https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/sintomas/prote-nas-en-la-orina-proteinuria>
2. <https://www.kidneyfund.org/es/todo-sobre-los-rinones/otros-problemas-renales/la-presencia-de-proteinas-en-la-orina#:text=Cuando%20los%>

20riñones%20no%20funcionan,que%20los%20riñones%20están%20dañados.

3. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-proteinas-en-la-orina/>

4. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/proteinas-en-la-orina-proteinuria>

5. <https://www.mayoclinic.org/es/symptoms/protein-in-urine/basics/definition/sym-20050656>

6. <https://www.labtestsonline.es/tests/proteinas-en-orina-y-cociente-proteinacreatinina-en-orina>

Capítulo 360

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA EN EL SERVICIO DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA

RAQUEL MADRID MARTINEZ

NURIA ARAQUE GUERRERO

GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA

1 Introducción

El servicio de radioterapia oncológica de un hospital, es un servicio del que no disponen todos los hospitales, puesto que este servicio presenta un elevado coste, tanto de infraestructuras como de equipos que permitan llevar a cabo el mismo. Además este está formado de un gran equipo multidisciplinar como son médicos oncólogos, radiofísicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAES) y, por ultimo, pero no menos importante, ya que son la parte de los profesionales a los que voy a dedicar este capítulo, técnicos en radioterapia y dosimetría.

En este capítulo pretendo recoger un diario de lo qué seria el día a día de un técnico en este servicio ya que todos y cada uno de ellos deberán de enfrentarse a la situación de verse por primera vez en este servicio desarrollando su labor como profesionales por lo que me gustaría facilitar esta situación y que se vea recogida de manera simplificada y sistemática la labor de este en el servicio.

Antes, debo añadir una breve introducción del servicio, este es el encargado de planificar y tratar a aquellos pacientes oncológicos que requieran radioterapia así como de realizarles el correspondiente seguimiento, para ello los técnicos requieren los ya mencionados equipos que proporcionen radiación y con ella conseguir el tratamiento pautado por el medico.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes papeles que desempeña el técnico en el servicio además de la importancia de los mismos.
- Exponer las nociones básicas necesarias de lo que es la radioterapia y todo lo que conlleva la misma.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El técnico en radioterapia y dosimetría es el encargado de administrar dosis de radiación, casi siempre rayos X, para tratar el cáncer y otras enfermedades que así lo requieran para ello utilizan equipos de alta precisión con los que controlan la radiación que se le suministra al paciente.

Con la radioterapia conseguimos producir la muerte radioinducida de las células oncológicas, además también podemos conseguir reducir el tamaño tumoral para así poder hacerlo accesible a la cirugía.

En este caso la radioterapia sería neoadyuvante, pero no siempre tiene por que seguir este orden, en otras ocasiones se dará de manera adyuvante es decir después de la cirugía para evitar así futuras recidivas, como también se podrá dar de manera concomitante con otros tratamientos como son en su gran mayoría, quimioterapia.

Los técnicos en radioterapia forman parte de un equipo multidisciplinar formado por otros profesionales sanitarios, incluyendo médicos especialistas (oncólogos

clínicos), enfermeros, físicos médicos y TCAES.

Los técnicos en radioterapia participan en todas las etapas del proceso oncológico por el que pasa un paciente que requiera radioterapia. Este proceso comienza siempre en cadena, cuando el médico pauta el tratamiento a elección, una vez diagnosticada la tumoración.

El técnico realiza una tomografía computarizada (TC), también llamado TC de simulación, con la que nos valemos para esclarecer el tamaño y la localización exacta del tumor, y así poder llevar a cabo una adecuada planificación del mismo. Esta adecuada planificación requiere calcular la dosis de radiación exacta y necesaria para eliminar la tumoración pero consiguiendo al mismo tiempo reducir al máximo las dosis recibidas por los órganos circundantes así como limitar las que reciben aquellos órganos de riesgo que presentan una elevada radiosensibilidad. Previamente al tratamiento, el técnico se encargará de informar al paciente cómo será su tratamiento. Lo que dará paso a crear una relación con el paciente crucial para el tratamiento ya que este se ve beneficiado de la misma, en apoyo mutuo puesto que el paciente recibe ese apoyo emocional y el técnico consigue la confianza suficiente para que el paciente le proporcione datos de suma importancia, que sin esa confianza no proporcionaría.

Los técnicos elaboran un plan de tratamiento en el que suministran la radiación en un determinado número de sesiones espaciadas en el tiempo para así conseguir que las células sanas se regeneren, puesto que ya sabemos que las células sanas tienen un poder de recuperación mayor a las tumorales esto se debe a que presentan menos radiosensibilidad por lo que nos esos espacios entre sesiones de tratamiento nos permiten que las células sanas se recuperen mientras que las células tumorales no tienen tiempo para lo mismo. No obstante, muchos pacientes reciben tratamiento todos los días de la semana, con descanso el fin de semana.

Durante el tratamiento in situ, el técnico en radioterapia coloca de manera muy rigurosa al paciente en el equipo (acelerador lineal, tomoterapia) que produce la radiación (generalmente rayos X). Desde fuera del bunker una vez dejado al paciente colocado dentro en la posición que pautamos en el TC de simulación y de la cual nos ayudamos a reproducir gracias a unas señales radiopacas que conseguimos con tinta o también llamadas tatuajes que alineamos con los láseres que se encuentran en la sala, accionamos el equipo para tratar la zona desde varios ángulos diferentes. El tratamiento dura unos pocos minutos y es indoloro. Día a día, el técnico en radioterapia lleva un seguimiento riguroso del paciente, anotando y comunicando al médico las incidencias que se puedan presentar con el mismo.

Tiene que hacer un seguimiento de los efectos secundarios, que pueden darse cuando las células normales circundantes se ven afectadas por el tratamiento. Los efectos secundarios suelen ser temporales cuando las células normales se recuperan durante los períodos de descanso.

Los técnicos en radioterapia siguen supervisando los progresos una vez terminado el tratamiento durante las fases de la revisión postratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión final a este capítulo quiero remarcar el papel que desempeña el técnico en radioterapia y dosimetría en el servicio de radioterapia oncológica puesto que desempeña una labor fundamental en el tratamiento del paciente ya que es el encargado de planificar el tratamiento una vez el médico diagnostica la tumoración y pauta radioterapia para el tratamiento del mismo, además de llevar a cabo este diariamente así como hacer un seguimiento del mismo, no obstante, siempre es supervisado por su médico así como también resuelve todas aquellas dudas que puedan surgir, o sugerencias para la mejora del paciente que le comente el técnico.

6 Bibliografía

1. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/sarcoma-de-tejido-blando/paciente/tratamiento-kaposi-pdq#:text=El%20sarcoma%20de%20Kaposi%20es,pulmones%20y%20el%20tubo%20digestivo>.
2. <https://scielo.isciii.es/pdf/ami/v20n4/editorial.pdf>.
3. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/>.
4. <https://es.gsk.com/es-es/innovaci%C3%B3n-responsable/innovamos/la-historia-del-primer-antirretroviral-contr-el-vih/>.

Capítulo 361

DIFERENTES INMOVILIZADORES CON LOS QUE TRABAJA EL TECNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA

RAQUEL MADRID MARTINEZ

NURIA ARAQUE GUERRERO

GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA

1 Introducción

La Unidad Radioterapia oncológica es un servicio que se proporciona en un centro hospitalario. Para que funcione esta unidad es imprescindible que el hospital contenga los equipos necesarios, que son aquellos que emplean radiaciones ionizantes solas o en combinación con otros tratamientos, con el fin de eliminar la tumoración o paliar los síntomas derivados del mismo. Además es fundamental que el equipo multidisciplinar del que debe contar la unidad contenga Técnicos en Radioterapia y Dosimetría, ya que son estos los que poseen los conocimientos necesarios no solo para poner en funcionamiento los ya mencionados equipos, sino también para planificar correctamente el tratamiento del paciente.

Además, esta unidad debe de contener numerosos utensilios que se emplean de manera personalizada o estándar para inmovilizar al paciente y así radiarle en el lugar pautado, de manera repetitiva en cada una de las sesiones y además proteger al máximo tanto los órganos de riesgo como los órganos circundantes. Y es precisamente de estos utensilios de los que vamos a hablar en este capítulo, ya que son muy numerosos y considero que es de vital importancia tener unas

nociones básicas de los mismos antes de enfrentarte a tu puesto de trabajo para poder desarrollarlo correctamente.

2 Objetivos

☒ Describir los tipos y uso de los diferentes inmovilizadores de los que puede estar compuesta la Unidad de Radioterapia oncológica de un complejo hospitalario.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo de revisión bibliográfica hemos realizado una búsqueda exhaustiva y rigurosa de páginas, artículos, revistas, y protocolos entre otros, de diversas fuentes científicas, de las cuales nos hemos cerciorado, y corroborado la credibilidad y veracidad de las mismas.

La principal herramienta de investigación ha sido Google academia, con palabras claves como, “INMOVILIZADORES”, “RADIOTERAPIA”, entre otras, además hemos de mencionar qué nos hemos valido de Google Translate para traducir al castellano los diversos idiomas en los que encontrábamos la información.

4 Resultados

PLANO INCLINADO

Se emplea principalmente en mamas, este permite, angular la inclinación de la espalda frente a la mesa, elevar los brazos para que no intervengan en la zona de tratamiento, además incorpora diferentes alturas de los mismos para mayor comodidad del paciente y así facilitar su reproductibilidad.

Incorpora diferentes cabeceros que podremos escoger, adaptándonos a la comodidad del paciente o en el caso de qué se encuentren cadenas afectadas, podremos valernos de los mismos para conseguir la hiperextensión con rotación del cuello según cadena derecha o izquierda afecta.

Además, la marca trae en pack, un anclaje para los glúteos con el que conseguiremos evitar el desplazamiento caudal del paciente.

BELLY-BOARD

Se utiliza principalmente para rectos, endometrios y cervix, el paciente se coloca en el decúbito prono y la cavidad que presenta en la zona superior pélvica permite un ligero desplazamiento anterior de los órganos consiguiendo así qué estos no interfieran en la zona de tratamiento.

No obstante, para la reproductibilidad del mismo, el paciente deberá de seguir una dieta estricta pautaada por el facultativo que permita que el recto venga libre de heces y gases, presentando completa similitud con la TC de simulación, además, una vez el paciente acude al servicio para su tratamiento el técnico se encargará de que media hora previa, orine e ingiera la misma cantidad de agua.

La similitud de la vejiga y el recto con la TC de simulación serán decisivos, ya que la mínima diferencia supondrá para el paciente una sonda o enema, en el caso el que oportuna, permitiendo así que no se vean irradiados durante el tratamiento. Para comodidad del paciente incorporamos una almohada y un reposapiés.

TABLERO DE ANCLAJE

Este tablero se emplea siempre que el tratamiento del paciente requiera emplear una coraza para su inmovilización, generalmente son tumoraciones que se encuentran en la región abdomino-pélvica y requieren suprimir en la medida de lo posible los movimientos peristálticos y de respiración.

WING-BOARD

Este dispositivo se emplea principalmente en pulmón, incorpora un sistema de palos a los que se agarrará el paciente y que variaran longitudinal y lateralmente del mismo modo además de un reposacabezas, y reposabrazos, estos se ajustarán en combinación para evitar que los brazos entren en la zona de tratamiento.

SI-HO PÉLVICO

Son el conjunto de acomodadores e inmovilizadores que empleamos en el servicio para tratar las tumoraciones prostáticas, consta de una almohada, inmovilizador de brazos con agarre de manos, y reposapiés que permite la angulación del tobillo.

SBRT

El conjunto de inmovilizadores que podemos observar en la imagen son los que empleamos en las SBRT de pulmón, consta de un agarre de manos que se puede desplazar tanto vertical como longitudinalmente, para poder lograr en los brazos el ángulo que deseamos, cabezales de diferente tamaño para conseguir que la hiperextensión del cuello del paciente sea lo más cómoda posible, un tablero con regleta que permite acomodar en él colchones de vacío que personalizaremos totalmente a la anatomía del paciente, y por último un anclaje que se mueve de manera longitudinal para poder ajustar, el sistema de presión que incorpora el cual permite minimizar la respiración del paciente.

TABLERO CYC

Este tablero permite anclar en él máscaras tanto cortas, como largas, incluye diferentes cabezales y además un sistema de palos que te permite moverlos longitudinalmente para que el paciente se agarre a ellos según interese, con esto

conseguiremos desplazar los hombros lo máximo posible para qué no interfieran en el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Finalizo este capítulo, llegando a la siguiente conclusión. Cuando un técnico llega a desempeñar sus funciones por primera vez en el servicio de radioterapia oncológica, tiene que enfrentarse con diversos equipos así como todos sus complementos y accesorios necesarios para llevar a cabo el tratamiento. También debe enfrentarse a diversos programas informáticos que sirven de ayuda para planificar el tratamiento, estos programas no abundan, pero sí que hay una infinidad de marcas comerciales que se dedican a fabricar dichos complementos y accesorios. Aunque desempeñen la misma finalidad, me he visto en la obligación de recopilar los más frecuentes y empleados para así poder aliviar este problema al que nos enfrentamos los técnicos cuando desempeñamos nuestras funciones por primera vez en un hospital.

6 Bibliografía

<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/sarcoma-de-tejido-blando/paciente/tratamiento-kaposi-pdq#:text=El%20sarcoma%20de%20Kaposi%20es,pulmones%20y%20el%20tubo%20digestivo>.
<https://scielo.isciii.es/pdf/ami/v20n4/editorial.pdf>
<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/>
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/>
https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131015/26_-_normas_de_trabajo_seguro_-_trabajadores_expuestos_a_radiac_ionizantes_ii.pdf
<https://es.gsk.com/es-es/innovaci%C3%B3n-responsable/innovamos/la-historia-del-primer-antirretroviral-contr-el-vih/>
<https://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-articulo-radioterapia-el-tratamiento-del-sarcoma-S0001651905786313>

Capítulo 362

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA FRENTE AL SARCOMA DE KAPOSÍ

RAQUEL MADRID MARTINEZ

NURIA ARAQUE GUERRERO

GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA

1 Introducción

El Sarcoma de Kaposi, también llamado Angiosarcoma de Kaposi o Sarcoma hemorrágico idiopático múltiple, es una angiomatosis sistémica (formación de múltiples angiomas (acumulaciones de pequeños vasos sanguíneos)) de evolución maligna (ya que los angiomas son benignos), que se manifiesta primariamente como nódulos vasculares múltiples (masas de células endoteliales que recubren los vasos sanguíneos por dentro y se encuentran en constante contacto con la sangre) en la piel y otros órganos.

La causa que subyace en el sarcoma de Kaposi, es la infección por el virus del herpes humano tipo 8. En aquellas personas que tengan el sistema inmunitario en correcto estado este virus no cursa sintomatología ya que este es capaz de combatirlo, pero en aquellas que lo tengan debilitado este virus puede causar un sarcoma de Kaposi.

Las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus que causa el sida, tienen un riesgo muy alto de padecer sarcoma de Kaposi. El

daño en el sistema inmunitario provocado por el VIH permite que se multipliquen las células que albergan el virus del herpes humano de tipo 8.

Los receptores de trasplantes de órganos que toman medicamentos supresores del sistema inmunitario para evitar el rechazo al trasplante también corren riesgo de padecer sarcoma de Kaposi. De cualquier forma, en este conjunto poblacional, la enfermedad suele ser más paulatina y fácil de controlar que en las personas con VIH.

Este tipo de cáncer marca su diferencia en qué puede originarse un tumor en más de un lugar del cuerpo al mismo tiempo.

Su nombre hace referencia al dermatólogo que la describió Moritz Kaposi en Viena en el año 1872, bajo el nombre de «sarcoma múltiple pigmentado idiopático».

2 Objetivos

Conocer las nociones necesarias para desempeñar las funciones del técnico en el tratamiento del Sarcoma de Kaposi.

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

DIAGNOSTICO

-Exploración: Examinamos el cuerpo por visión y palpación para detectar en el las tinciones qué casusa el Kaposi, además de posibles masas que se hayan podido formar.

-Antecedentes: Valoraremos el historial personal y familiar del paciente, para así esclarecer el diagnostico, ya que, este tipo de Sarcoma está muy ligado a infecciones tales como el VIH, por lo que sí presentara este dato nos seria clave.

-Radiografía: En este tipo de sarcomas la radiografía generalmente suele ser de

tórax para poder valorar posibles anomalías en el revestimiento pulmonar, o también llamado pleura.

-Endoscopia ó broncoscopia: Esta técnica nos permitirá observar el revestimiento gastrointestinal así como pulmones y tráquea, respectivamente, además nos permite tomar una muestra de los mismos.

En esta prueba se introduce un escopio a través de la nariz o la boca hacia la tráquea y o esófago.

- Tomografía por emisión de positrones-tomografía computarizada (PET-TC): TC que se acompaña de una sustancia marcada radioactivamente, llamada contraste. Esta se suministra generalmente vía intravenosa, la gran mayoría de las veces suele ser glucosa. El escáner rota alrededor del paciente y crea una imagen del cuerpo de aquellos órganos o zonas donde se consuma esta glucosa. Ya que poseemos el conocimiento de que las zonas tumorales consumen metabolizan mas glucosa que las zonas sanas, podremos ver estas mas brillantes y así distinguirlas de las demás.

Esta prueba es muy útil para pulmones, hígado y bazo pero inútil para las áreas cerebrales, ya que esta área metaboliza glucosa en grandes cantidades por lo que podía dar lugar a un diagnostico erróneo.

-Marcador linfocitos CD34: se examina una muestra de sangre para medir la cantidad de células CD34 (célula presente en los linfocitos T (tipo de glóbulos blancos)). Una cantidad más baja que la normal de células CD34 puede ser un signo de que el sistema inmunitario no está funcionando bien.

IMPRESINDIBLE UNA BIOPSIA

-BIOPSIA POR INCISION, resección parcial del área afectada

-BIOPSIA POR ESCISION, resección total del área afectada

-BIOPSIA CON AGUJA GRUESA, extrae más tejido, pero se suele emplear para áreas más superficiales.

-BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA (AAF), extrae menos tejidos, pero se usa para áreas más profundas.

TRATAMIENTO

Las líneas de tratamiento comienzan a diferir si las lesiones cutáneas son aisladas, o ya se encuentran diseminadas.

En el caso de que las lesiones cutáneas sean aisladas, el tratamiento de elección será la cirugía para aquellas lesiones muy pequeñas (menos de 1 cm) y localizadas. No obstante, el riesgo de recidiva es muy elevado por lo que el medico valorará radioterapia de manera adyuvante.

Cuando las lesiones cutáneas aisladas superan el centímetro el tratamiento de elección es la radioterapia de manera exclusiva.

-Radioterapia con haz de electrones: 4 Gy fraccionados en una vez por semana durante 6 a 8 semanas consecutivas con haz de electrones de 4 MeV a 6 MeV.

Radiación de fotones de voltaje bajo (100 kv): de 8 Gy a 10 Gy como dosis única o de 15 Gy a 20 Gy fraccionados en 5 sesiones.

Cuando las lesiones cutáneas se encuentran diseminadas, incluso se ven afectados pulmones, intestino, hay varias líneas de tratamiento qué podemos elegir.

TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA (TARGA): es una combinación de varios medicamentos que se utiliza para reducir el daño que la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causa al sistema inmunitario. Para muchos pacientes, la TARGA utilizada de manera exclusiva quizás sea suficiente para tratar el sarcoma de Kaposi. Para otros pacientes, es posible que se emplee de manera concomitante con la Radioterapia

RADIOTERAPIA, haz de fotones 15Gy fraccionados en 5 sesiones cuando la extensión afecta desde la rodilla hasta el pie.

En el caso que la extensión superé la rodilla se pautarán 4Gy, una vez a la semana durante 8 semanas consecutivas.

☒ De manera exclusiva

☒ Concomitante con quimioterapia intravenosa

☒ Concomitante con TARGA

Nunca se podrá combinar quimio y TARGA

5 Discusión-Conclusión

Concluyo este capítulo llegando a la conclusión de que la labor que desempeñan el conjunto de profesionales que participan en un proceso oncológico es de vital importancia, realizan una labor clave en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, resaltando la labor del técnico en radioterapia ya que este es el que se encarga de la planificación y llevar a cabo el tratamiento del paciente día a día, pero en algunos casos, que no son muchos esta de mano del paciente el aspecto preventivo.

Sí que es cierto que hoy en día no existe absolutamente nada que nos impida o nos libre de padecer una enfermedad como es el cáncer, pero también es cierto que en algunos casos, y el Sarcoma de Kaposi es uno de ellos, lo podemos evitar llevando a cabo aquellas conductas que favorezcan el sistema inmunitario, ya que este representa la primera barrera contra aquellas células anómalas que se crean en nuestro organismo.

Este es capaz de considerar estos nuevos antígenos, llamados antígenos tumorales, como extraños y ser capaz de frenar el avance de estas células can-

cerosas o destruirlas. Mecanismo por el que el organismo se vale para destruir células anómalas.

Por ello es de crucial importancia que favorezcamos a el mismo y evitemos aquellas acciones que lo perjudiquen tales como;

- Llevar a cabo prácticas sexuales seguras
- Mantener una buena higiene tanto propia como del entorno en el que nos encontramos
- Buena alimentación y ejercicio diario
- Evitar el consumo de estupefacientes, así como moderar el consumo de bebidas alcohólicas.
- Controlar el nivel de estrés
- Evitar prácticas tales como el tabaquismo

6 Bibliografía

1. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/sarcoma-de-tejido-blando/paciente/tratamiento-kaposi-pdq#:text=El%20sarcoma%20de%20Kaposi%20es,pulmones%20y%20el%20tubo%20digestivo>.
2. <https://scielo.isciii.es/pdf/ami/v20n4/editorial.pdf>.
3. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/>.
4. <https://es.gsk.com/es-es/innovaci%C3%B3n-responsable/innovamos/la-historia-del-primer-antirretroviral-contr-el-vih/>.
5. <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-articulo-radioterapia-el-tratamiento-del-sarcoma-S0001651905786313>.

Capítulo 363

INFORMACIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN RADIOLÓGICA DEL CÁNCER DE COLON

ANA GARCÍA MARÍN

ELVIRA ZAMORANO BARROSO

MARIBEL CRELGO HERRERO

MARÍA SABINO AMADO

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

1 Introducción

El colon es la parte que se encuentra al final del tubo digestivo. El cáncer de colon es un cáncer que empieza en el intestino grueso.

El grupo afectado suele ser, en su mayoría, gente de mayor edad, pero también puede darse en colectivos de cualquier edad. Suele empezar a reproducirse en forma de pólipos, que son células no cancerígenas que se forman dentro del colon. Con el tiempo, estos pólipos pueden llegar a convertirse en células que darán lugar al cáncer de colon.

Si los pólipos son pequeños, en su comienzo, pueden generar pequeños síntomas o incluso ninguno. Por eso es muy importante, a partir de cierta edad, comen-

zar con pruebas diagnósticas para la detección precoz y la extirpación de estos pólipos antes de que puedan convertirse en cancerígenos.

Hoy en día existen muchos tratamientos para poder combatir este tipo de cáncer, unos más invasivos y otros menos. Según el avance que tenga el cáncer se realizarán unos u otros.

Entre los síntomas más comunes se encuentran: cambios en las heces, tales como la diarrea o el estreñimiento o el cambio en la consistencia de las heces. Sangre en el recto o sangrados en las heces. Molestia en el abdomen. Cansancio persistente. Pérdida de peso

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio es:

- Conocer la importancia de los estudios para la detección precoz del cáncer de colon
- Exponer los síntomas principales de este cáncer
- Saber qué tratamientos son los indicados para abordar la enfermedad

3 Metodología

Para realizar este capítulo he consultado en páginas webs informativas médicas sobre el cáncer de colon. He consultado libros que hablan sobre dicha enfermedad, me he informado sobre las pruebas más efectivas para combatirlo y he consultado los síntomas que conlleva este cáncer.

4 Resultados

Los factores de riesgo son todas esas cosas que aumentan la posibilidad de contraer, en este caso, cáncer de colon. Vamos a enumerar los principales factores de riesgo del cáncer de colon:

- Tener antecedentes en la familia con cáncer de colon o cáncer de recto siendo estos de primer grado
- Tener antecedentes personales de cáncer de ovario, recto o colon
- Enfermedad de Crohn
- Consumir alcohol en exceso
- Fumar
- Personas de raza afroamericana

- Obesidad.

La edad también podría ser un factor de riesgo a tener en cuenta. Cuanto más mayor es una persona, más posibilidades tiene de contraer algún tipo de cáncer.

Para la detección de este tipo de cáncer existen varias técnicas tales como: un examen físico, examen digital del recto, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia, colonoscopia, biopsia, prueba de ADN en las heces o una colonoscopia virtual, que es de la que voy a hablar, ya que es la relacionada con los técnicos en radiodiagnóstico.

Con la tomografía computarizada, vamos a hacer radiografías para crear una serie de imágenes del colon. Gracias al TAC vamos a poder crear y combinar distintas imágenes detalladas de la superficie interna del colon para detectar pólipos o cualquier otra cosa extraña.

Esta prueba también es denominada colonografía.

Según lo que nos encontremos a la hora de detectar el cáncer, podremos combatirlo de unas maneras o de otras. Dependerá del estadio en que se encuentre el cáncer, si se bloqueó o agujereó el colon, si después de realizar la cirugía se quedaron células cancerosas, si hubo recidiva del cáncer, la salud que tenga en ese momento el paciente. También debe mirarse la concentración en sangre del antígeno carcinoembrionario que se tenía antes de empezar con el tratamiento.

Después de diagnosticar el cáncer hay que hacer otras pruebas diagnósticas para comprobar si las células cancerosas se diseminaron por más partes del colon o por otras partes del cuerpo. A este proceso lo llamamos estadificación. La información que obtenemos en este proceso determina el estadio en el que se encuentra la enfermedad. Para ello contaremos con procedimientos diagnósticos como:

- Tomografía computarizada: tomaremos imágenes de distintas partes del cuerpo desde ángulos diferentes. Se inyecta un contraste con el fin de destacar las partes que queramos ver con detalle
- Imágenes por resonancia magnética: se inyecta gadolinio para que se acumule alrededor de las células cancerígenas y poder visualizarlas con claridad.
- Tomografía por emisión de positrones: se inyecta una pequeña cantidad de glucosa radiactiva y se crean imágenes de los lugares del cuerpo que van a usar esa glucosa. Las células del tumor maligno brillan más porque están más activas y van a absorber más glucosa que las células normales
- Radiografía simple de tórax

5 Discusión-Conclusión

Tan importante es que la sociedad tenga información y conozca la problemática de dicha enfermedad como detectarla a tiempo para poder poner un remedio cuanto antes.

Gracias al radiodiagnóstico, tratándose además de pruebas mínimamente invasivas, o nada invasivas como la resonancia magnética o la ecografía, se puede detectar cualquier tipo de cáncer desde casi su inicio y así poder tratarlo a tiempo.

Tanta es la importancia de las pruebas diagnósticas para poder detectarlo a tiempo como los tratamientos que se apliquen posteriormente para acabar con ello.

Hoy en día existen numerosas técnicas y especialistas en ello, y poco a poco la ciencia sigue avanzando para que cada vez existan más avances que hagan del cáncer de colon algo que poder eliminar con la mayor brevedad y el menor daño posible.

6 Bibliografía

1. Cáncer de colon. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/colon-cancer/symptoms-causes/syc-20353669>
2. Radiodiagnóstico para el cáncer de colon. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/colorrectal/paciente/tratamiento-colorrectal-pdq>

Capítulo 364

PRUEBAS DE LABORATORIO PARA LA DETECCIÓN DE LA BACTERIA DEL HELICOBACTER PYLORI

PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

MÓNICA CAYETANO GONZÁLEZ

1 Introducción

Decimos que el *Helicobacter pylori* es una bacteria que infecta el estómago. Los niños son los que más padecen la enfermedad. Normalmente, el *Helicobacter pylori* no produce sintomatología, aunque puede romper de algunos pacientes la capa protectora del estómago y así causar una infección. Esto deriva en una gastritis o úlcera péptica.

Los investigadores, a fecha de hoy día, todavía desconocen su propagación, pero se sospecha que puede ser mediante la diseminación de alimentos y aguas sucias, el contacto con la saliva u otros fluidos corporales de aquellas personas que padecen la enfermedad.

La úlcera péptica comienza con dolor sordo o bien el estómago ardiente, en particular cuando no se tiene nada en el estómago. Este dolor puede llegar a durar de unos minutos a varias horas, pero también puede aparecer y desaparecer con una duración de bastantes días o incluso semanas. Otros síntomas que pueden padecer son la pérdida de peso, hinchazón y náuseas. Si se padecen estos síntomas, de úlcera péptica, el facultativo los tiene que valorar haciendo un examen, y para ello tiene que ver si se padece de la bacteria del *Helicobacter pylori*. Estas pruebas para descartarlos serían las heces, test del aliento y análisis de sangre. Pero,

a veces es necesario recurrir a pruebas mayores como son una endoscopia o una biopsia.

Si el paciente padece de una úlcera péptica hay que tratarlo con una serie de antibióticos y medicamentos reductores de ácidos. Posteriormente, cuando se haya terminado con el tratamiento, el paciente se tendrá que volver a repetir la prueba para descartar que ya no padece la infección.

Como ya hemos mencionado, su propagación es a través de alimentos y aguas sucias, por lo tanto, las maneras de prevención serían las siguientes

- El lavado de manos antes de las comidas y después de ir al baño,
- Beber agua de las fuentes que estén limpias y que sean seguras.
- Comer los alimentos que estén bien preparados.

No existe una vacuna para la bacteria del *Helicobacter pylori*.

2 Objetivos

Dar a conocer las pruebas de laboratorio para la detección de la bacteria *Helicobacter pylori*.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos en las principales bases de datos como son: Scielo, Pubmed, Google Scholar, Medline, de las que he ido recopilando datos y artículos científicos relacionados con el tema del capítulo desarrollado.

4 Resultados

Para el diagnóstico de la bacteria *Helicobacter pylori* se pueden realizar por diferentes pruebas de laboratorio mediante el

- Análisis de sangre. El procedimiento de esta prueba consiste en la búsqueda de anticuerpos contra la infección del *Helicobacter pylori*. La prueba se basa en una muestra de sangre tomada con aguja pequeña de una de las venas del brazo. Y después de colocar la aguja, se le saca un poco de sangre en un tubo de ensayo o un frasco.

- Prueba del aliento. Esta prueba la conocemos con el nombre de Prueba de Urea en el Aliento, en la que consiste en la detección de varias sustancias del aliento. La prueba se realiza de la siguiente manera o Se le administra una bolsa recolectora al paciente, en la que posteriormente tiene que entregar al laboratorio con la muestra de aliento respirado. o Posteriormente, se toma una pastilla o líquido, en el que contiene un material radiactivo que no es dañino, y se vuelve a repetir la prueba, dando otra muestra de aliento. o Por último, el facultativo valorará las dos muestras, y si en la primera hay un alto nivel de CO₂, se considera que el paciente tiene una infección por la bacteria del *Helicobacter pylori*.

- Pruebas de Heces. El facultativo puede valorar en pedir un cultivo de las heces o bien un antígeno del *Helicobacter pylori* o La realización del antígeno en las heces consiste en la búsqueda del antígeno del *Helicobacter pylori*. Estos antígenos son sustancias que originan la respuesta inmunitaria. Este resultado es más inmediato, ya que es una prueba rápida de laboratorio. o La realización de un cultivo para la búsqueda del *Helicobacter pylori* en las heces. Esta prueba no tiene el resultado instantáneo, ya que los cultivos como mínimo se necesitan un periodo de incubación de 24 horas.

Para la realización de estas dos pruebas, la toma de muestras se hace de la misma forma. Se siguen una serie de medidas para intentar no contaminar la muestra

- ☒ En primer lugar, hay que ponerse guantes de látex o goma.

- ☒ Recoger la muestra en el recipiente estéril que le facilita el personal de laboratorio o enfermería.

- ☒ Si la muestra es de un bebé, se cubre al pañal con un plástico, y así evitamos que se contamine la muestra con el pañal cuando la vayamos a recoger.

- ☒ Hay que intentar que la muestra no se contamine ni con orina, agua del WC, papel, etc.

- ☒ Taparlo bien y etiquetarlo.

- ☒ Y, por último, llevarlo al laboratorio lo antes posible.

Estas son las tres pruebas más frecuentes del laboratorio para la detección del *Helicobacter pylori*. Si el facultativo no lo tiene claro se pueden pedir otras pruebas que no son de laboratorio como una endoscopia, biopsia, etc.

5 Discusión-Conclusión

- Resultados negativos. Si las pruebas son negativas, quiere decir que no padece una infección por *Helicobacter pylori*. Por lo tanto, el facultativo tendrá que valorar otras causas.

- Resultados positivos. Si las pruebas son positivas, da igual cuál de ellos se hayan realizado, solo con que una de ellas sea positiva, quiere decir que padece una infección por *Helicobacter pylori*. El facultativo le recetará los medicamentos necesarios para tratar la infección y aliviar los dolores, que son unos antibióticos. Aunque desaparezcan los dolores hay que acabar con el tratamiento hasta el final, ya que cualquier bacteria del *Helicobacter pylori* que persista en el cuerpo puede llegar a empeorar la enfermedad, llegando a causar gastritis que son causadas por el *Helicobacter pylori* que pueden derivar en úlceras pépticas o en cáncer de estómago.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/helicobacterpyloriinfections.html>

<https://medlineplus.gov/spanish/helicobacterpyloriinfections.html>

<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=helicobacterpylori-85-P03492>

<https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/pruebas-de-helicobacter-pylori-h-pylori/>

Capítulo 365

EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL ANÁLISIS DEL SEDIMENTO URINARIO

MÓNICA CAYETANO GONZÁLEZ

PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La orina que se forma constantemente en las nefronas constituye el vehículo por donde se eliminan muchos productos de desecho del metabolismo. El análisis de la orina se utiliza en los laboratorios clínicos para el diagnóstico y seguimiento de diversos procesos patológicos, tanto renales como no renales. En este capítulo se describen los principales métodos de estudio de la orina que emplean los laboratorios clínicos. La composición química de la orina es muy variable, y sólo se encuentran en cantidades constantes las sustancias de origen endógeno que se eliminan por la orina. A menudo aparecen en este líquido biológico sustancias que, en condiciones normales, no se eliminan en cantidades significativas. Estas circunstancias suelen deberse a la alteración de algún órgano corporal o a un problema renal. La formación de la orina consta de tres procesos: la filtración del plasma sanguíneo en los glomérulos, la reabsorción tubular y la secreción de determinados componentes en los túbulos renales. El primer paso es la filtración del plasma por la cual pasan libremente desde este al filtrado las moléculas pequeñas, como la glucosa, la urea y los aminoácidos, y quedan excluidas por su tamaño, como la mayoría de las proteínas. Los constituyentes sanguíneos que pasan a través del glomérulo se denomina filtrado glomerular. La cantidad de filtración glomerular en un adulto es de unos 125 ml/min. Durante el paso de este ultrafiltrado a través de los túbulos, la reabsorción de solutos y agua en diversas

regiones de los túbulos reduce el volumen total de orina. Asimismo, durante el paso por los túbulos se produce la secreción de diversas sustancias. El principal componente de la orina es el agua y los principales solutos, urea, cloruro, sodio y potasio; a continuación, fosfato, sulfato, creatinina y ácido úrico.

El análisis sistemático de orina consta tradicionalmente de dos partes: determinaciones fisicoquímicas y observación microscópica del sedimento urinario. Los aspectos físicos pueden proporcionar indicios o pistas sobre algunas alteraciones. Por medio de las determinaciones químicas se detectan las sustancias que normalmente no se eliminan por la orina y en el sedimento urinario se observan los elementos formes de la orina. El primer paso en el análisis de orina es la evaluación de las propiedades físicas; estas son el aspecto, el color y el olor. La orina recién clara o transparente, aunque en algunas ocasiones presenta un aspecto nublado o turbio. Los principales motivos de turbidez de la orina son la presencia de sustancias mucosas, bacterias, leucocitos, uratos amorfos, fosfatos amorfos o eritrocitos. La orina tiene normalmente un color amarillo claro que se debe a la presencia de urocromo y pequeñas cantidades de uroeritrina y urobilina. La intensidad del color amarillo normal depende, en gran medida, de su concentración. De forma anormal, la orina puede tener tonalidades naranja, roja, verde, azul, parda o incluso negra. Las variaciones de color pueden indicar la presencia de una enfermedad, una anomalía metabólica o la ingestión de un alimento o un fármaco. Finalmente, la orina normal reciente tiene un olor característico, no desagradable, que se atribuye a la presencia de cantidades pequeñas de ésteres, no muy bien caracterizados, que se eliminan continuamente por el riñón. Las orinas con un número elevado de bacterias pueden tener un olor muy desagradable, pestilente o fétido, que se debe a la acción de las bacterias sobre la urea, con producción de amonio, junto con la degradación de las proteínas presentes en estas orinas. Diversas enfermedades del metabolismo de los aminoácidos producen olores característicos de la orina.

El rango normal para el volumen de orina de 24 horas es de 800 ml a 2 L por día con una ingesta de líquido normal de aproximadamente 2 litros diarios.

2 Objetivos

Adquirir los conocimientos necesarios con el técnico de laboratorio para el correcto abordaje analítico del urinario en el laboratorio clínico, incluyendo aspectos relacionados con la formación de la orina y su papel fisiológico, las alteraciones de la función renal, especialmente el sedimento y la tira reactiva.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el tema en revistas científicas existentes. Se ha realizado una búsqueda en las principales bases de datos seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, del tema a estudiar.

4 Resultados

Sedimento urinario : Recibe este nombre la fracción que queda cuando se centrifuga la orina. En el sedimento de la orina se analizan los elementos formes o estructuras organizadas: células, cilindros y cristales. Los elementos celulares tienen dos procedencias: (1) las células de descamación del riñón o del tracto urinario inferior y (2) las células de origen sanguíneo (eritrocitos y leucocitos). Los cilindros son estructuras alargadas que pueden ser celulares o acelulares y se forman en los túbulos renales y los conductos colectores. Los cristales tienen diferentes significados clínico-patológicos.

Técnica para obtener el sedimento urinario:

- Tomar el recipiente de orina del paciente y mezclar suavemente.
- Traspasar 10 ml a un tubo para centrifugar o en un tubo de ensayo.
- Centrifugar por 5-10 minutos a 3500 RPM.
- Decantar el sobrenadante y coger con una pipeta Pasteur el sedimento urinario del botón de que queda abajo en el tubo.
- Tomar una gota del sedimento y colocarla en un portaobjetos , luego se le deposita un cubreobjeto y se observa al microscopio con objetivo de 40X inmediatamente.

El sedimento urinario puede ser analizado de forma convencional o automatizada.

La composición del sedimento urinario:

Eritrocitos o glóbulos rojos: Las tiras reactivas para la detección de eritrocitos se basan en el mismo principio químico: la actividad peroxidasa del hemo. La zona reactiva está impregnada con el cromógeno tetrametilbenzidina y un peróxido orgánico. Por la actividad peroxidasa del hemo, el peróxido se reduce y el cromógeno se oxida produciendo un cambio de color de amarillo a verde. Los eritrocitos intactos se lisan en la zona reactiva liberando hemoglobina y produciendo un patrón de puntos verdes. La hematuria, esto es, la presencia de eritrocitos en la orina, es un síntoma de diversas enfermedades. Las principales

causas de hematuria son los cálculos, los tumores renales, las glomerulonefritis y la pielonefritis.

Leucocitos o glóbulos blancos : se detectan por la actividad esterasa de los granulocitos. La zona reactiva contiene un éster y una sal de diazonio. La esterasa cataliza la hidrólisis del éster para liberar 3-hidroxi-5-fenilpirrol. Este pirrol reacciona a continuación con la sal de diazonio para dar un compuesto violeta. El color debe leerse a los 2 min. La presencia de leucocitos en la orina es un síntoma de inflamación en los riñones o las vías urinarias.

Células epiteliales de Descamación: Son células grandes y planas con un tamaño entre 25 y 40 μm y forma irregular que contienen un pequeño núcleo en el centro. Se desprenden de la uretra y la vagina y no tienen significación clínica.

Células Renales: Estas células son algo mayores que los eritrocitos y tienen un núcleo en el centro bien diferenciado . Su incremento señala una lesión tubular y daño de la membrana basal epitelial. Cuando se encuentran de forma aislada no tienen significado clínico, pero cuando se encuentran en el interior de cilindros señalan un origen tubular y un daño renal.

Cilindros: Si tienen elevadas las proteínas suelen elevarse , son los únicos elementos formes de la orina cuyo único origen es el riñón. Son difíciles de observar e identificar. Se clasifican de acuerdo con su aspecto y sus componentes celulares. Los principales son los hialinos, los granulosos, los céreos y los celulares. Los hialinos son incoloros, transparentes y homogéneos. Su observación en cantidades significativas señala una enfermedad renal. Los granulados tienen diversas formas y tamaños con texturas variadas entre finos y gruesos dentro de su matriz hialina. Proceden de la degeneración de los cilindros celulares y su presencia señala una enfermedad renal. Los céreos poseen un elevado índice de refracción. Presentan un aspecto homogéneo con bordes bien definidos y extremos romos irregulares. Son incoloros o con un ligero color entre gris y amarillo. Los cilindros céreos se asocian con inflamación y degeneración tubular. Se observan en la insuficiencia renal crónica grave, la hipertensión maligna y la insuficiencia renal aguda. Los cilindros celulares contienen las células dentro de su matriz hialina. Las células pueden ser eritrocitos, leucocitos y células epiteliales. Los cilindros eritrocitarios aparecen en la glomerulonefritis aguda, la nefritis grave y otras enfermedades renales. Los cilindros leucocitarios en la pielonefritis, la infección renal, la inflamación renal, las enfermedades renales crónicas y las glomerulonefritis aguda. Los cilindros epiteliales contienen células epiteliales tubulares en la matriz y señalan una enfermedad tubular.

Cristales: Las formas de los cristales no suelen observarse en las orinas recién emitidas y aparecen cuando se deja sedimentar la orina. El pH de la orina es

fundamental para la aparición de los cristales. En orinas ácidas los principales cristales son los de ácido úrico y los uratos amorfos y los de oxalato cálcico en forma de sobre . En orinas alcalinas los principales son los de fosfato triple en forma de ataúd y carbonato cálcico. En general, la presencia de cristales tiene poco significado clínico. Los cristales de ácido úrico son de color amarillo, con diferentes formas; las más habituales son en rombo como un limón. Los de oxalato cálcico son incoloros , con las diagonales señaladas en forma de sobre o diamante, en cantidades elevadas indican una enfermedad renal grave o intoxicación con etilenglicol. Los de fosfato triple son incoloros con forma de ataúd Finalmente, los de carbonato cálcico son incoloros, pequeños y con forma esférica Bacterias y hongos: Los principales microorganismos que se observan en el sedimento urinario son las bacterias y las levaduras. Las bacterias son cocos o bacilos que aparecen de forma aislada o en cadenas. Pueden ser contaminantes de origen externo. Cuando la orina se ha recogido de forma adecuada indican una infección del tracto urinario. Las levaduras son células incoloras con forma oval, de las que la más habitual es *Candida albicans*. Con frecuencia se presentan en forma de gemación y pseudohifas. Pueden confundirse con los eritrocitos. Se encuentran en las infecciones del tracto urinario, especialmente en los pacientes diabéticos

5 Discusión-Conclusión

El sedimento de orina es una manera rápida y eficaz, para analizar la orina completada con la tira reactiva, para valorar la función renal . De esta manera el técnico de laboratorio evalúa macroscópicamente la muestra como el color, la turbidez, hematuria y piuria.

Es por esto que aunque es una prueba muy fiable, los resultados deben tratarse con cautela en función de la patología del paciente y que ampliar con más determinaciones como el análisis bioquímico y microbiológico como el cultivo para los microorganismos si se considera conveniente, en un sedimento urinario normal contiene una escasa cantidad de elementos formes, lo que le da a la orina un aspecto transparente o ligeramente turbio.

Un sedimento urinario patológico contiene cantidades elevadas de alguno o de todos los elementos formes habituales

6 Bibliografía

1, SEDIMENTO URINARIO : 6th ed. Saunders Elsevier, 2006. Forbes BA, Sahm DF, Weissfeld AS. Bailey & Scott's. Diagnóstico Microbiológico. 12ª ed. Panameri-

cana, 2009. González de Buitrago JM, Arilla E, Rodríguez-Segade S, Sánchez Pozo A. Bioquímica Clínica. McGraw-Hill Interamericana, 1998. González de Buitrago JM, Ferreira L. Proteómica Clínica. Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular, 2006. González de Buitrago JM, Medina JM. Patología Molecular. McGraw-Hill Interamericana, 2001. Kaplan LA, Pesce AI, Kazmierczak S. Clinical Chemistry. Theory, analysis and correlations. 5th ed. Mosby Elsevier, 2010

Capítulo 366

RADIOGRAFÍAS DE TORAX EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. PAPEL DEL TÉCNICO DE RAYOS

LUCIA FERNANDEZ TERRON

1 Introducción

La organización mundial de la salud(OMS) define unidad de cuidados intensivos (UCI) como una sección de un hospital o centro de atención médica que proporciona atención a pacientes con problemas de salud potencialmente mortales. El equipo adscrito a este servicio es multidisciplinar, médicos, enfermeros, celadores, técnicos de rayos, etc, que cumplen con los requisitos funcionales y organizativos que garantizan las condiciones de seguridad y calidad que requieren los pacientes UCI.

La UCI es un servicio sumamente especializado y equipado para la atención de pacientes inestables con necesidad de monitorización (tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación, temperatura) y soporte respiratorio.

Es la inestabilidad y características de estos pacientes lo que conlleva que los equipos radiológicos sean portátiles, ya que esta totalmente contraindicado el traslado del paciente, siendo el técnico de rayos el encargado de realizar las pruebas radiológicas en UCI, la más común de todas ellas es la radiografía de tórax, ya que es utilizada como herramienta para el seguimiento de la situación clínica del paciente, permitiendo el diagnóstico temprano y prevención de patologías pulmonares y cardiacas tan frecuentes en pacientes ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos. La familiarización del técnico de rayos en estas unidades es indispensable y fundamental en el correcto diagnóstico.

2 Objetivos

Describir el procedimiento para realizar las radiografías de tórax utilizando un equipo portátil.

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en la revisión bibliográfica sobre la literatura existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos publicados en bases de datos: Medline, Scielo, Elsevier, seleccionando artículos científicos.

4 Resultados

La radiografía de tórax visualiza imágenes del corazón, pulmones, vasos sanguíneos, las vías respiratorias y los huesos del tórax y columna vertebral, pudiendo revelar también la presencia de líquidos dentro o alrededor de los pulmones. Mediante la técnica radiológica se puede detectar patologías como neumonía, insuficiencia cardíaca, cáncer de pulmón , etc , lo que hace que sea una prueba diagnóstica de primera elección.

La radiografía de tórax en UCI permite también localizar catéteres, vías, sondas, ya que estos están realizados con materiales radiopacos. Para la realización de la placa de tórax en UCI es el técnico de rayos quien se desplaza a la unidad y allí con el portátil (arco) realiza la prueba.

La radiografía se hace en posición Anteroposterior(AP), con ella se consigue una imagen de frente del tórax, con el corazón en medio y pulmones a cada lado. Colocamos en chasis bajo la espalda del paciente o en un dispositivo que poseen las camas (UCI) en la parte de abajo para evitar la movilización del paciente y siempre bajo criterio médico para minimizar riesgos y evitar efectos indeseados. Realizaremos la radiografía durante la inspiración si el paciente colabora y en caso contrario y si además estuviese intubado (respiración asistida) se efectuará en el momento de máxima inspiración. Debemos realizar la técnica con sumo cuidado, coordinando la realización de la misma con la colocación de catéteres, sondas para obtener la mejor imagen sin cables y otros dispositivos que disminuyan la calidad de la prueba.

Una vez realizada se comprobará que hemos dejado al paciente correctamente colocado, con todos cables, sondas y sueros conectados.

Terminaremos enviando la imagen la médico radiólogo que evaluará la realización de la misma, emitiendo informe con los hallazgos encontrados.

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico de rayos es clava dentro del equipo sanitario en las unidades de cuidados intensivos(UCI), siendo el responsable de la correcta ejecución de la placa de tórax, evitando así la repetición de la misma, que daría lugar a exposiciones radiológicas innecesarias tanto al paciente como al personal de la unidad. El empleo de equipos portátiles(arco) presenta la ventaja de no tener que desplazar a pacientes hemodinámicamente inestables, lo que contribuye a minimizar riesgos al mismo tiempo que contribuye en la inmediatez de las imágenes, permitiendo un diagnóstico y tratamiento casi inmediato.

Una buena técnica radiológica sólo se logra con dotación de equipos adecuados y personal sanitario altamente cualificado, lo que redunda en una buena atención sanitaria.

6 Bibliografía

Sociedad española de radiología. SERAN.
Rayos x portátiles. Media.sun
Elsevier revista, imagen diagnóstica.
Radiografía portátil. Slideshare
Manuel de radiología para técnicos. AXONES.

Capítulo 367

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN EL DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA. PAPEL DEL TÉCNICO DE RAYOS

LUCIA FERNANDEZ TERRON

1 Introducción

La neumonía también conocida como pulmonía, es una enfermedad frecuente que la padecen anualmente entre el 5% y 11% de la población, con una mortalidad a medio y largo plazo elevada, siendo de hecho, la primera causa de muerte por enfermedad infecciosa en el mundo, además de la primera causa de mortalidad infantil.

Se define neumonía como un tipo de infección aguda provocada por la inflamación de los pulmones, puede ser causada por bacterias, virus u hongos. Los pulmones están formados por unos sacos llamados alveolos que en personas sanas, llenamos de aire al respirar y en caso de padecer neumonía están llenos de pus y líquido los que ocasiona una respiración dolorosa y limita al absorción de oxígeno.

Para confirmar una posible neumonía es necesario la realización de una placa de tórax.

La radiografía de tórax es un examen muy accesible, de bajo costo y que brinda un buen nivel de eficacia, con esta técnica radiográfica observaremos en la imagen unas manchas blancas que corresponden a pus o líquido en los alveolos, lo que confirmaría la existencia de patología y confirmación por parte médica del diagnóstico sospechado, con una inmediatez que contribuirá al establecimiento del tratamiento adecuado para esta enfermedad.

2 Objetivos

Describir la utilidad de la radiografía de tórax en el diagnóstico de neumonía.

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 bases de datos. Pubmed, Medline, Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La radiología como técnica médica de diagnóstico supuso un gran avance en la medicina, antes de su descubrimiento los diagnósticos se realizaban mediante interrogatorio, palpación y auscultación. Desde la invención de los rayos x, la radiografía ha evolucionado, existiendo novedosas técnicas de imagen que permiten detectar enfermedades en sus etapas más tempranas (diagnóstico precoz) ; no obstante la radiografía de tórax continua siendo la primer prueba de elección ante patologías como la que nos ocupa, la neumonía, ya que en escasos segundos, y a bajo coste permite obtener la imagen del área a estudio, con una cantidad de radiación mínima.

Tras realizar la placa de tórax, la imagen obtenida mostrara un pulmón enfermo, en el caso de ver una mancha blanquecina, que indica la presencia anormal de aire o pus, se esta, se observa en ambos pulmones hablaremos de neumonía bilateral, en determinados casos, es necesario complementar serie radiológica con más estudios, hablaríamos de tomografía computarizada, que nos indicara claramente la localización, extensión y complicación de la neumonía.

La radiografía de tórax, no requiere ningún tipo de preparación, se realiza sin ropa en la zona a explorar, en posición de pie frente al equipo de rayos x, se necesita llenar los pulmones de aire y mantenerlo mientras se realiza la radiografía. Habitualmente se toman dos imágenes una de frente a la máquina y otra de lado, debemos tener especial cuidado en evaluar la calidad de la técnica de la exploración, que debe estar correctamente centrada, sin ningún tipo de rotación. Al complementar el examen pediremos al paciente que no se marche, hasta verificación y visto bueno de la imagen.

El papel del técnico de rayos es fundamental , estando bien formado para evitar contribuir a diagnósticos erróneos o tardíos lo que repercutirá negativamente en el paciente y en la calidad de la asistencia sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

La radiografía de tórax como método diagnóstico de primera elección en la enfermedad infecciosa neumonía, es una prueba altamente resolutive. Con la menor cantidad de radiación emitida, en un periodo mínimo de tiempo y con un escaso coste el resultado es altamente esclarecedor en la verificación de la patología, si bien, en determinados casos es necesario continuar con la serie radiológica, y efectuar una tomografía computarizada.

El papel de técnico de rayos es fundamental como parte de un equipo multidisciplinar (médico radiólogo, personal enfermería, celadores, etc) en la correcta identificación de la patología , pues la obtención de la correcta imagen, es parte indispensable.

6 Bibliografía

Radiografía básica.

Espacio san.

Salud savia.

Protocolos hospitalarios de técnicas radiológicas.

Revistamédica.com

Capítulo 368

PROYECCIÓN RADIOLÓGICA PARA VALORACIÓN DEL ESGUINCE DE TOBILLO. PAPEL DEL TÉCNICO DE RAYOS X

LUCIA FERNANDEZ TERRON

1 Introducción

Un esguince de tobillo es una lesión muy frecuente que se produce cuando doblas, tuerces o giras el tobillo de forma extraña. Esto puede estirar o desgarrar las bandas resistentes del tejido(ligamentos) que ayudan a mantener unidos los huesos del tobillo. El esguince se ocasiona cuando se fuerzan los ligamentos más de su amplitud de movimiento. Esta patología ósea es posiblemente la lesión que con más frecuencia es vista en los servicios de urgencias, siendo mayor en número de casos entre personas de 21 y 30 años, posiblemente relacionado con un mayor incremento de la actividad deportiva y con afectación del ligamento lateral externo, concretamente el 85% de los casos.

El primer método de diagnóstico será mediante la palpación para detectar puntos de sensibilidad y movimiento para conocer la amplitud y posiciones dolorosas. Si la lesión es grave, el médico una o varias exploraciones por imagen.

1ª Radiografía básica.

2ª Resonancia magnética.

3ª Tomografía computarizada.

4ª Ecografía.

Como se puede apreciar son de gran variedad la seria de pruebas radiológicas a practicar, debiendo ejecutar todas y cada una de ellas el técnico de rayos, de

donde se desprende que resulta indispensable que este esté altamente cualificado y tenga a su servicio el aparataje preciso.

2 Objetivos

Describir la lesión de esguince de tobillo y las pruebas radiológicas empleadas en su diagnóstico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en la 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 seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Un esguince de tobillo se produce cuando los ligamentos del tobillo se estiran o se rompen. Las causas más frecuentes pueden ser entre otras:

Una caída en la cual se produce una torsión del tobillo.

Caminar o hacer ejercicio sobre una superficie irregular durante un largo periodo de tiempo.

Utilizar calzado inadecuados. El calzado que no ajuste o el zapato de tacón alto contribuye negativamente, puesto de hacen que el tobillo sea más vulnerable.

Las lesiones de tobillo tienen como aspecto negativo que una vez que las padecemos es muy probable que las volvamos a tener, en este aspecto juega una papel importante parte de la medicina , educación para la salud.

Según el grado de gravedad del esguince se clasifican en: a. Esguince de grado I. Los ligamentos se estiran, produciendo un ligero desgarrar. b. Esguince de grado II. ligamentos parcialmente desgarrados, necesitando aparatos de inmovilización. c. Esguince de grado III. ligamentos totalmente desgarrados, necesitando material ortopédico, uso de férulas , incluso cirugía.

Para diagnosticar el esguince dependiendo del grado , se establece la siguiente secuencia radiológica:

1ª Radiografía. Durante la radiografía, una pequeña cantidad de radiación atraviesa el tobillo para producir imágenes de los huesos del mismo. Es la prueba

de elección en fracturas. Esta placa es en todos los esguinces la prueba de primera elección, por inmediatez de resultados y abaratamiento de costes en el ámbito sanitario.

2ª Resonancia magnética. La RM emplea ondas de radio y campo magnético poderoso para producir imágenes transversales o tridimensionales de estructuras internas blandas del tobillo, incluido ligamentos.

3ª Tomografía computarizada. Revelan detalles sobre los huesos de la articulación , se toman desde ángulos diferentes, combinando imágenes transversales o tridimensionales.

4ª Ecografía. Usa ondas de sonido creando imágenes tiempo real. Evalúan el estado del ligamento o tendón en distintas posturas del pie.

5 Discusión-Conclusión

El esguince de tobillo es una lesión común, lo que hace primordial acudir al especialista para significar el grado del mismo. Una buena técnica radiológica y una adecuada praxis es fundamental para obtener la imagen correcta en las prueba realizadas a las estructuras anatómicas estudiadas, contribuyendo de manera eficaz como técnicos de rayos, dentro del equipo sanitario a un rápido y correcto diagnóstico médico, sin riesgos añadidos.

Un problema muy frecuente y con efectos muy negativos sobre la población que ha tenido esta patología osteomuscular, es el grado de repetición de la misma ante la menor sobrecarga, con lo cual resulta indispensable la completa recuperación en el primer incidente.

6 Bibliografía

Elsevier. Revista medicina integral.

Serme. Guía clínica de imagen.

Guía clínica para la atención en paciente con esguince tobillo.

Manual de radiografías para técnicas.

Medicina para el deporte.

Capítulo 369

TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍA INTERPROXIMAL O ALETA DE MORDIDA

MARTA PIRE SOLAUN

SARA LAZARO LOPEZ

PAULA BURGALETA VÁZQUEZ

LAURA LÓPEZ ESCRIBANO

PAULA CEA MARTINEZ

1 Introducción

La radiografía interproximal, también conocida como radiografía de aleta de mordida o radiografía bite-wing en inglés, es una técnica radiográfica utilizada en odontología para examinar las coronas de los dientes superiores e inferiores en una sola imagen. Esta técnica es especialmente útil para detectar caries interproximales (entre los dientes), evaluar el ajuste de restauraciones dentales y controlar la salud de las estructuras de soporte óseo.

Durante la toma de una radiografía interproximal, el paciente muerde una pequeña pieza de película radiográfica, que se coloca en un soporte especial llamado aleta de mordida. Se toman imágenes desde diferentes ángulos para visualizar las

áreas interdentales. Las imágenes resultantes muestran las superficies interiores de los dientes, permitiendo al odontólogo identificar áreas de desmineralización, caries incipientes y problemas en las restauraciones.

La radiografía interproximal ofrece ventajas como una menor dosis de radiación en comparación con otras técnicas y la capacidad de detectar caries en sus primeras etapas. Sin embargo, su principal limitación es que no proporciona una vista completa de las raíces y estructuras óseas, lo que puede limitar la detección de ciertos problemas.

Esta técnica es fundamental en la evaluación periódica de la salud dental, permitiendo a los profesionales tomar decisiones informadas sobre tratamientos preventivos y curativos. Es importante seguir las pautas de exposición radiográfica adecuadas y garantizar que tanto el paciente como el personal estén protegidos con delantales y protectores de plomo durante la toma de la radiografía interproximal. En resumen, la radiografía interproximal es una herramienta esencial para el diagnóstico temprano y la gestión de la salud bucal al proporcionar información detallada sobre las superficies interiores de los dientes y las caries interdentales.

2 Objetivos

Mostrar las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la realización de las radiografías interproximales.

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 técnico de rayos desempeña un papel crucial en la realización de radiografías interproximales, también conocidas como radiografías de aleta de mordida. Sus

responsabilidades son esenciales para obtener imágenes de alta calidad y garantizar la seguridad tanto del paciente como del personal involucrado. Aquí se detallan las funciones clave que realiza el técnico de rayos en este proceso:

Preparación del paciente: El técnico debe explicar al paciente el procedimiento y asegurarse de que esté cómodo y relajado. Explicar cómo morder la película radiográfica y la posición correcta es esencial para obtener imágenes precisas.

Posicionamiento adecuado: El técnico es responsable de posicionar al paciente correctamente, asegurando que la película radiográfica esté alineada con los dientes de interés. Esto garantiza que las imágenes reflejen con precisión las áreas interdentales.

Colocación de la película: Con cuidado, el técnico debe colocar la película en el soporte de la aleta de mordida y asegurarse de que esté posicionada correctamente entre los dientes. Una alineación adecuada es crucial para obtener imágenes claras y útiles.

Uso del equipo: Operar el equipo de rayos X de manera segura y eficiente es fundamental. El técnico debe ajustar los parámetros de exposición según el paciente y el área a capturar, logrando imágenes de alta calidad con la menor dosis de radiación posible.

Exposición controlada: Utilizar protocolos de exposición adecuados es esencial para minimizar la radiación innecesaria. El técnico debe asegurarse de que la exposición sea suficiente para obtener imágenes diagnósticas sin comprometer la seguridad del paciente.

Protección radiológica: Tanto el paciente como el técnico deben usar equipos de protección, como delantales y protectores de plomo, para reducir la exposición a la radiación.

Colaboración con el odontólogo: Durante la toma de la radiografía, el técnico puede colaborar con el odontólogo para garantizar que las imágenes muestren con precisión las áreas de interés. Puede ser necesario ajustar la posición del paciente o del equipo.

Documentación y registros: El técnico debe registrar los detalles del procedimiento radiográfico realizado y mantener registros precisos de las imágenes capturadas para futuras referencias y seguimiento.

El técnico de rayos desempeña un papel vital en la obtención de radiografías interproximales de alta calidad. Su capacidad para trabajar con precisión, colaborar con el equipo dental y garantizar la seguridad radiológica contribuye directamente al diagnóstico y tratamiento efectivos de la salud bucal.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar una radiografía interproximal de calidad, considera estas recomendaciones:

Posicionamiento preciso: Asegurarse de que el paciente esté cómodo y en la posición adecuada, con la película alineada entre los dientes y la aleta de mordida.

Alineación cuidadosa: Colocar la película radiográfica dentro de la boca del paciente de manera que esté centrada en la región interproximal que se va a capturar.

Exposición correcta: Ajustar los parámetros de exposición según las características del paciente y la región a radiografiar. Evita sobreexponer, manteniendo la dosis de radiación en niveles seguros.

Protección radiológica: Tanto el paciente como el técnico deben utilizar delantales y protectores de plomo para minimizar la exposición a la radiación.

Colaboración con el paciente: Explicar al paciente cómo morder la película radiográfica y mantenerse quieto durante la exposición para evitar movimientos que afecten la calidad de la imagen.

Revisión de la imagen: Asegurarse de que la imagen capturada sea clara y nítida antes de finalizar el procedimiento.

6 Bibliografía

Vega, J. R. H. (2023). Hospital Aníbal Murillo Escobar.

Capítulo 370

EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA RADIOGRAFÍA OCLUSAL

MARTA PIRE SOLAUN

SARA LAZARO LOPEZ

PAULA BURGALETA VÁZQUEZ

LAURA LÓPEZ ESCRIBANO

PAULA CEA MARTINEZ

1 Introducción

La radiografía oclusal es una técnica de imagenología utilizada en odontología para obtener imágenes detalladas de una amplia área de la mandíbula o maxilar, que no es posible capturar en una radiografía intraoral convencional. Esta técnica proporciona información valiosa sobre la anatomía de las arcadas dentales, los maxilares y las estructuras circundantes.

Durante la toma de una radiografía oclusal, el paciente coloca la película radiográfica entre los dientes superiores e inferiores, mientras el técnico ajusta el ángulo del tubo de rayos X para capturar una imagen amplia y panorámica. Esto permite evaluar la posición, tamaño y forma de los dientes, así como detectar la presencia de quistes, tumores o fracturas en áreas más grandes.

La radiografía oclusal es especialmente útil en situaciones en las que se necesita visualizar una región más extensa, como en la evaluación de dientes impactados,

lesiones en la mandíbula, o cuando se planifican tratamientos de implantes dentales o cirugías. Además, esta técnica puede ayudar a identificar problemas en las estructuras óseas, como el crecimiento anormal de huesos o la presencia de cálculos salivales.

Para obtener imágenes de alta calidad, el técnico debe asegurarse de que el paciente mantenga una mordida firme y estable en la película radiográfica y que el tubo de rayos X esté adecuadamente alineado. La protección radiológica, en forma de delantales de plomo, es esencial tanto para el paciente como para el personal involucrado.

La radiografía oclusal es una técnica valiosa que permite a los profesionales dentales obtener una vista panorámica de la boca y las estructuras circundantes. Esto ayuda en la planificación de tratamientos precisos y en la identificación temprana de problemas dentales y óseos.

2 Objetivos

Describir las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la radiografía oclusal.

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 técnico de rayos desempeña un papel fundamental en la realización exitosa de una radiografía oclusal. Sus responsabilidades van desde la preparación del equipo hasta la comunicación con el paciente y el odontólogo. Aquí se describen las funciones clave que realiza el técnico de rayos en este procedimiento:

Preparación del paciente: El técnico debe explicar al paciente el proceso y asegurarse de que esté cómodo y relajado durante la toma de la radiografía. Infor-

mar sobre cómo colocar la película radiográfica correctamente entre los dientes y cómo mantener la mordida es esencial.

Posicionamiento adecuado: Asegurar que el paciente esté en la posición correcta es esencial. El técnico guía al paciente para que coloque la película radiográfica entre los dientes superiores e inferiores, de manera que se abarque la región de interés.

Alineación del equipo: Ajustar el tubo de rayos X en el ángulo adecuado es esencial para obtener una imagen panorámica. El técnico debe asegurarse de que el tubo esté centrado y en la posición correcta para capturar la región oclusal.

Uso del equipo: Operar el equipo de rayos X con precisión y seguridad es crucial. El técnico configura los parámetros de exposición según las necesidades del paciente y el área a capturar, obteniendo imágenes de alta calidad con una dosis de radiación adecuada.

Exposición controlada: Utilizar los ajustes de exposición adecuados es esencial para minimizar la radiación innecesaria. El técnico debe equilibrar la calidad de la imagen con la seguridad radiológica.

Protección radiológica: Tanto el paciente como el técnico deben usar delantales y protectores de plomo para reducir la exposición a la radiación.

Colaboración con el odontólogo: Durante la toma de la radiografía, el técnico trabaja en estrecha colaboración con el odontólogo para asegurarse de que la imagen capturada muestre la región oclusal de manera adecuada. Puede ser necesario ajustar la posición del paciente o del equipo.

Control de calidad: El técnico debe revisar la calidad de la imagen obtenida antes de finalizar el procedimiento. Esto implica verificar la nitidez y la alineación.

Documentación y registros: Registrar los detalles del procedimiento radiográfico es esencial para el seguimiento y la documentación. Mantener registros precisos es importante para futuras referencias.

El técnico de rayos juega un rol esencial en la obtención de radiografías oclusales de alta calidad. Su habilidad para operar el equipo de manera precisa, colaborar con el equipo dental y garantizar la seguridad radiológica contribuye directamente al diagnóstico y tratamiento efectivos en la odontología.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave para obtener una radiografía oclusal de calidad es asegurarse de que el paciente muerda la película radiográfica de manera firme y estable, manteniendo la mordida adecuada. Esta alineación precisa entre la película y los dientes permitirá capturar una imagen panorámica precisa de la región oclusal. Además, es fundamental ajustar el ángulo del tubo de rayos X para obtener una vista amplia y detallada. Los parámetros de exposición deben configurarse correctamente para lograr imágenes claras sin comprometer la seguridad radiológica. Tanto el paciente como el personal deben utilizar protección radiológica, como delantales y protectores de plomo. Siguiendo estas pautas, podrás obtener radiografías oclusales de alta calidad para un diagnóstico y planificación de tratamientos precisos.

6 Bibliografía

Ruiz, M. E. D. C. C., Flores, J. G. M., Pérez, A. S., Maldonado, V. I. M., Gómez, A. N. Z., & Cervantes, E. J. M. L. Dirección de Hospitales.

Capítulo 371

CORTISOL EN SANGRE

MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO

LUCÍA VALENCIA GARCÍA

ESTRELLA JARA LAVADO

BEATRIZ MORENO LIZCANO

ANA MARÍA SOLÍS

1 Introducción

El cortisol es una hormona esteroide producida por las glándulas suprarrenales, que juega un papel muy importante en el área compleja de la regulación hormonal y metabólica del cuerpo humano. Sus efectos van desde respuestas al estrés hasta el equilibrio de carbohidratos y proteínas. La medición precisa de los niveles de cortisol en la sangre no solo proporciona información sobre la función del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal (HPA), sino que también sirve como herramienta de diagnóstico y seguimiento de enfermedades endocrinas y metabólicas.

La cascada hormonal en la que el cortisol juega un papel central ha captado la atención de la comunidad médica durante décadas. Cuando se libera en respuesta a una situación física o emocional estresante, moviliza energía, aumenta la disponibilidad de glucosa en el torrente sanguíneo y suprime temporalmente el sistema inmunológico. Esta respuesta adaptativa es muy importante durante tiempos difíciles, pero en enfermedades crónicas puede volverse disfuncional y afectar negativamente la salud.

La medición precisa de los niveles de cortisol en la sangre se convierte en una herramienta esencial en esta situación. No solo permite la evaluación de la función del eje HPA, sino que además, juega un papel central en la detección y tratamiento de los trastornos endocrinos.

2 Objetivos

- Investigar la relevancia biológica del cortisol en sangre y cómo su medición proporciona información importante para comprender las funciones endocrinas y metabólicas del cuerpo humano.
- Comprender cómo el cortisol está involucrado en la respuesta al estrés, la regulación de la glucosa y la función inmunológica.

3 Metodología

Se recopilaron datos sobre el papel del cortisol en la regulación de la fisiología del cortisol, las respuestas al estrés, el metabolismo y el sistema inmunitario. Además, se estudiaron los métodos utilizados para medir los niveles de cortisol en sangre.

Esta metodología también incluye un análisis detallado de los resultados de varios estudios y ensayos clínicos. Se investigaron los valores de referencia establecidos para los niveles de cortisol en sangre en varios grupos de población y edad. Los resultados se consideraron en relación con situaciones clínicas específicas y condiciones médicas subyacentes.

4 Resultados

La medición de los niveles de cortisol en la sangre proporciona información importante sobre la compleja interacción entre el sistema endocrino y varias funciones fisiológicas. Los resultados de esta medición brindan información sobre el importante papel del cortisol en la respuesta al estrés, el metabolismo, la inmunorregulación y la homeostasis.

En el escenario de respuesta al estrés, las mediciones de cortisol en sangre indican que esta hormona juega un papel central en la adaptación del cuerpo a situaciones difíciles. La liberación de cortisol moviliza energía al aumentar la disponibilidad de glucosa en el torrente sanguíneo, proporcionando al cuerpo los recursos que

necesita para responder a las amenazas. Conocida como la respuesta de "lucha o huida".

En cuanto al metabolismo, las mediciones de cortisol en la sangre han revelado cómo esta hormona influye en la regulación de la glucosa y el metabolismo de las proteínas y las grasas. El cortisol aumenta la síntesis de glucosa hepática y es beneficioso en situaciones de rápida demanda de energía, pero puede contribuir al desarrollo de resistencia a la insulina y diabetes tipo 2 en situaciones de estrés crónico. Además, el cortisol también afecta el metabolismo de las proteínas y las grasas, lo que puede provocar una disminución de la masa muscular y un aumento de la grasa abdominal.

Otro resultado importante es el efecto del cortisol en la regulación inmunológica. Los niveles elevados de cortisol, como los asociados con el estrés crónico, pueden debilitar el sistema inmunitario, alterar las respuestas inmunitarias y aumentar la susceptibilidad a infecciones y enfermedades autoinmunes. Esta interacción entre el cortisol y el sistema inmunitario tiene un profundo efecto en la salud general y en la capacidad del cuerpo para defenderse de las amenazas externas.

En el entorno clínico, la medición de los niveles de cortisol en sangre es esencial para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos endocrinos. Las mediciones pueden indicar la presencia de afecciones como el síndrome de Cushing, que se caracteriza por niveles de cortisol elevados de forma crónica y puede provocar diversas complicaciones, como obesidad, hipertensión y trastornos metabólicos. Por otro lado, la insuficiencia suprarrenal con niveles inadecuados de cortisol se reconoce por niveles bajos de cortisol en sangre y requiere un tratamiento oportuno y adecuado.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, medir los niveles de cortisol en sangre es esencial para comprender la fisiología del estrés, la regulación metabólica y la función endocrina. Los resultados obtenidos de esta medición brindan información importante para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades endocrinas y metabólicas. La precisión de la medición y la interpretación adecuada de los resultados son fundamentales para tomar decisiones clínicas informadas y brindar una atención integral. A medida que avanza la investigación en nuestra comprensión del cortisol y su papel en la salud humana, la medición de los niveles de cortisol en la sangre seguirá siendo una herramienta valiosa en la medicina moderna.

6 Bibliografía

1. <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/pruebas-mdicas/cortisol-en-la-sangre-hw6227>
2. <https://www.aarp.org/espanol/salud/vida-saludable/info-2019/exceso-de-cortisol-en-el-cuerpo.html>
3. <https://es.wikipedia.org/wiki/Cortisol>
4. <https://javillorens.com/estres-cortisol-y-metabolismo/>
5. <https://www.zschimmer-schwarz.es/que-es-el-cortisol-y-que-tiene-que-ver-con-el-estres/>

Capítulo 372

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DE PATOLOGÍA ABDOMINAL

ELVIRA ZAMORANO BARROSO

ANA GARCÍA MARÍN

MARIBEL CRELGO HERRERO

MARÍA SABINO AMADO

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

1 Introducción

Las patologías del área abdominal son de las más frecuentes que se ven en el servicio de urgencias y, en general, en los hospitales. Esto se debe a la gran cantidad de órganos cuya función es primordial, que se encuentran en esta zona.

En el servicio de urgencias el síntoma principal que refieren los pacientes es dolor abdominal. El dolor abdominal puede ser de 3 tipos: visceral, somático y referido.

El dolor visceral tiene su origen en las vísceras abdominales, inervadas por fibras nerviosas autónomas, y responden, principalmente, a distensión y contracción muscular, no a cortes, roturas ni irritación local. Por lo general, este tipo de dolor es vago, sordo y provoca náuseas. Además, suele estar mal localizado. El estómago, duodeno, hígado y páncreas causan dolor abdominal superior. El intestino delgado, colon proximal y apéndice causan dolor periumbilical. El colon distal y aparato urogenital causan dolor abdominal inferior.

El dolor somático se origina en el peritoneo parietal, innervado por nervios somáticos y responde a procesos infecciosos, químicos u otros procesos inflamatorios. Este dolor es agudo y bien localizado.

El dolor referido se percibe lejos de su origen y se debe a la convergencia de fibras nerviosas en la médula espinal.

Para el diagnóstico de estas patologías, donde destacan: cálculos renales y biliares, pancreatitis, obstrucción abdominal, apendicitis y tumores; las pruebas de diagnóstico por imagen juegan un papel primordial.

En el presente capítulo se relatan las pruebas de diagnóstico por imagen más predominantes como son: la radiografía simple, el ultrasonido, el TC abdominal, la resonancia magnética abdominal, la radiografía acompañada de ingesta o enema de bario y la arteriografía abdominal.

2 Objetivos

- Conocer las patologías del área abdominal más frecuentes.
- Establecer qué pruebas de diagnóstico por imagen son más adecuadas en cada paciente.
- Atribuir la importancia que merece las pruebas de diagnóstico por imagen en el entorno sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática en artículos de las principales bases de datos como: UCM y Manual MSD. Además, se suma la experiencia profesional en el campo de radiodiagnóstico de los autores y coautores del mismo.

4 Resultados

La radiografía simple: suele ser la primera exploración en pacientes con dolor abdominal agudo severo.

Los rayos X pueden mostrar: cálculos renales y biliares, calcificaciones pancreáticas y aire bajo el diafragma e intestino.

Para esta prueba no se necesita preparación especial. No existen contraindicaciones absolutas, pero, se debe evitar todo lo posible en mujeres en edad fértil y gestantes para evitar la exposición a la radiación.

La ecografía / el ultrasonido: existen dos modalidades, el ultrasonido abdominal y el endoscópico. El ultrasonido abdominal se realiza como primera exploración cuando el dolor se localiza en la zona superior derecha del abdomen. El ultrasonido endoscópico se utiliza para evaluar / diagnosticar: obstrucción del conducto biliar, espesor de la pared intestinal en sospecha de linfoma, pancreatitis, quiste pancreático, cáncer de páncreas y agrandamiento de los ganglios linfáticos alrededor del intestino.

El ultrasonido requiere de ayuno desde la noche anterior a la exploración. Además, antes de la prueba se suele administrar un sedante cuyo efecto dure de 30 a 60 minutos. El paciente no puede conducir después del procedimiento. Las posibles complicaciones son: pancreatitis, inflamación intestinal, sangrado, lesión o perforación del esófago, estómago o intestino.

El TC abdominal es de preferencia cuando la clínica hace sospechar de apendicitis, cálculos biliares y renales, ganglios linfáticos agrandados, pared abdominal engrosada, diverticulosis y tumores abdominales.

La TC no permite diagnosticar todos biliares, pequeños cálculos biliares en el conducto biliar principal y pequeñas lesiones dentro del estómago o intestino. No se debe realizar esta prueba en mujeres gestantes.

La dosis de radiación recibida es de aproximadamente 10 mSv, lo que es 500 veces más que en la radiografía de tórax. Las TC repetidas aumentan levemente el riesgo de desarrollar un cáncer más adelante.

La resonancia magnética abdominal se indica:

- En lugar de TC, para evitar la exposición a la radiación.
- En lugar de angiografía (estudios de rayos X con contraste arterial), para mostrar trastornos en los vasos abdominales.
- Para evaluar los trastornos de las vías biliares.

La ingesta o enema de bario:

La ingesta de bario acompañado del uso de rayos X para observar el esófago y

el estómago. El paciente bebe un líquido que contiene el contraste de bario y se toma una imagen usando rayos X para mostrar la forma de la cavidad intestinal. Este estudio se utiliza en sospecha de: varices esofágicas, úlceras o tumores gástricos, hernia de hiato, obstrucción del píloro, perforación del esófago, estómago o intestino delgado y bloqueo en el intestino delgado

El enema de bario permite estudiar el intestino grueso. Por lo general, se realiza antes de la colonoscopia y puede revelar: pólipos grandes en el colon, úlceras de gran tamaño, obstrucción en colon o recto y estrechamiento segmentario de colon en enfermedad de Crohn.

La arteriografía abdominal: es una radiografía de los vasos abdominales después de que se inyecte un contraste venoso o arterial al paciente (generalmente en la pierna). Se utiliza en pacientes ancianos con dolor abdominal inexplicable, sospechándose aneurisma aórtico, en colitis isquémica, sospecha de infartos o roturas del bazo y en hipertensión que se sospeche que curse con obstrucción de arterial renal.

5 Discusión-Conclusión

Una vez realizadas las pruebas adecuadas, el diagnóstico se ayuda de la historia y exploración física del paciente. El tratamiento depende de la patología en cuestión, pudiendo ser médico o quirúrgico. El principal objetivo de estas pruebas de diagnóstico por imagen es diagnosticar rápida y fácilmente los procesos que requieren tratamiento urgente (quirúrgico o no).

Se concluye, por tanto, que estas pruebas, que se realizan de rutina en los hospitales de España y en la mayoría de los países desarrollados y civilizados, permiten un diagnóstico precoz de las patologías, adelantando la administración de tratamiento a los pacientes y por lo tanto, mejorando la recuperación, reduciendo las secuelas y salvando vidas.

6 Bibliografía

1. (UCM, 2011)
2. (Manual MSD, 2023)

Capítulo 373

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS

LUCÍA VALENCIA GARCÍA

MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO

ESTRELLA JARA LAVADO

BEATRIZ MORENO LIZCANO

ANA MARÍA SOLÍS

1 Introducción

Las transfusiones de sangre son un proceso donde es central la transferencia de componentes sanguíneos desde el donante hasta el receptor, reduciendo así la pérdida de sangre, mejorando la oxigenación, corrigiendo coagulopatías y tratando a pacientes que padecen enfermedades hematológicas y oncológicas.

A lo largo de los siglos, la transfusión de sangre ha evolucionado de ser un experimento rudimentario a ser un procedimiento altamente regulado y especializado. Comprender la importancia de la hemocompatibilidad, desarrollar técnicas de almacenamiento y mejorar los métodos de recolección es lo que ha transformado la seguridad y eficacia de esta práctica. Además, las transfusiones de sangre han tenido un impacto duradero en la medicina transfusional, la inmunología y la investigación médica en general.

La importancia de la transfusión de sangre va más allá del ámbito médico. Desde la cirugía de emergencia hasta el tratamiento del cáncer, desde la medicina de

emergencia hasta la atención obstétrica, las transfusiones de sangre mejoran la calidad de vida y, a menudo, tienen la capacidad y potencial de salvar vidas. Pero a pesar de estar en todas partes, el proceso de transfusión de sangre es muy minucioso y está sujeto a estrictas normas y protocolos para garantizar su seguridad y eficacia.

2 Objetivos

- Analizar y comprender la relevancia y los objetivos subyacentes de la transfusión de sangre.
- Estudiar cómo las transfusiones de sangre ayudan a mantener la homeostasis corporal y cómo las transfusiones de sangre afectan la salud y el bienestar de los receptores.

3 Metodología

Este estudio se basa en una revisión exhaustiva de la literatura médica y científica disponible en bases de datos como Medline o Pubmed, así como en la consideración de pautas clínicas y regulaciones relacionadas con las transfusiones sanguíneas. Se han recopilado datos sobre la historia de las transfusiones, desde los primeros intentos históricos hasta los desarrollos modernos en técnicas de recolección, procesamiento y administración de sangre.

Además, se exploran los métodos de recolección y procesamiento de sangre, incluido el análisis de los diferentes componentes sanguíneos que se pueden transfundir.

4 Resultados

Los estudios en profundidad de las transfusiones de sangre han arrojado resultados que van desde la relevancia hasta los métodos utilizados para realizar las transfusiones, revelando el impacto de las transfusiones de sangre en la atención médica y la calidad de vida de los pacientes receptores.

Relevancia y objetivos de la transfusión:

Destaca la importancia esencial de la transfusión de sangre en una variedad de entornos clínicos. Desde el tratamiento de pacientes en estado crítico con pérdida aguda de sangre debido a un trauma o cirugía hasta el cuidado de personas con

trastornos de la sangre, la transfusión de sangre es una herramienta importante para mantener la homeostasis y prevenir complicaciones graves. Hay múltiples propósitos de la transfusión de sangre en el entorno médico. Restaura el volumen sanguíneo, mejora la oxigenación de los tejidos, corrige los desequilibrios en los componentes de la sangre y ayuda en el tratamiento del cáncer.

Componentes sanguíneos y métodos de transfusión:

Estos resultados demuestran que la transfusión de sangre no se limita a una simple transfusión. De hecho, ciertos componentes de la sangre, como glóbulos rojos, plaquetas y plasma, pueden transfundirse según la necesidad clínica. Esto permite el ajuste preciso de las deficiencias de sangre del receptor y evita la sobrecarga de ciertos componentes. Se han logrado avances significativos en la forma en que se recolecta, procesa y almacena la sangre. La tecnología moderna garantiza la conservación a largo plazo de los componentes sanguíneos. Esto es muy importante para mantener la eficacia y seguridad de la transfusión.

Resultados clínicos y eficacia:

En términos de resultados clínicos, los estudios muestran consistentemente que las transfusiones de sangre mejoran los parámetros fisiológicos y el estado funcional de los pacientes. En el marco de una pérdida aguda de sangre, las transfusiones de sangre pueden estabilizar la hemodinámica y restaurar la oxigenación de los tejidos, previniendo el shock hipovolémico y la insuficiencia multiorgánica. Además, en el tratamiento de trastornos hematológicos, las transfusiones de sangre pueden reducir los síntomas de anemia, mejorar la calidad de vida y aumentar la resistencia a tratamientos agresivos como la quimioterapia.

Consideraciones éticas y riesgos:

Los resultados también destacan la necesidad de abordar las consideraciones éticas y los riesgos asociados con las transfusiones de sangre. La seguridad de las transfusiones es muy importante porque los efectos secundarios como la intolerancia a la sangre pueden tener consecuencias graves. Además, el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas sigue siendo una preocupación importante, a pesar de que los protocolos de detección y prueba lo han mitigado. Las decisiones sobre transfusiones de sangre deben equilibrarse entre los posibles beneficios y riesgos para el paciente.

Impacto en la atención médica:

Los resultados muestran que las transfusiones de sangre tienen un impacto significativo en la medicina moderna. Estos han hecho posibles procedimientos médicos que de otro modo no hubieran sido posibles. La disponibilidad de sangre

y componentes sanguíneos seguros y efectivos ha cambiado la forma en que se manejan las crisis, lo que contribuye a mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La transfusión de sangre ha transformado la medicina moderna al proporcionar una intervención crítica en situaciones médicas críticas. Su relevancia va desde el tratamiento de traumatismos y cirugía hasta el tratamiento de enfermedades hematológicas y oncológicas. Los propósitos de la transfusión de sangre son variados, pero son importantes para mantener la homeostasis y mejorar la calidad de vida del paciente.

Desde un punto de vista metodológico, los resultados destacan la necesidad de procedimientos rigurosos para garantizar la seguridad y eficacia de las transfusiones. La tolerabilidad y el tipo de sangre son aspectos fundamentales para prevenir efectos secundarios. Los avances en la recolección, procesamiento y almacenamiento de sangre han hecho que las transfusiones de sangre sean más seguras y eficientes.

En resumen, la transfusión de sangre es un hito en la medicina moderna porque es una herramienta importante para salvar vidas y mejorar la salud. Una comprensión profunda de su significado, objetivos, métodos y resultados es esencial para su implementación efectiva y segura en la práctica clínica.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/blood-transfusion/about/pac-20385168>
2. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000431.htm>
3. https://es.wikipedia.org/wiki/Transfusi3n_de_sangre
4. <https://kidshealth.org/es/teens/transfusions.html>

Capítulo 374

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DEL PACIENTE POR EL TÉCNICO DE RAYOS

LAURA GARCÍA OLANO

CORAL ROMERAL VERA

PATRICIA CELAYA ORFILA

LAURA VIVANCOS RODADO

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

1 Introducción

La protección radiológica del paciente es una preocupación fundamental en la medicina radiológica. Consiste en la aplicación de medidas y protocolos diseñados para minimizar la exposición del paciente a la radiación ionizante durante procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Aquí se destacan algunas de las principales prácticas y consideraciones:

Justificación y optimización de la radiación: Antes de realizar cualquier procedimiento radiológico, se debe evaluar si es necesario y beneficioso para el paciente. Se busca usar la radiación solo cuando los beneficios superan los riesgos. Además, se emplean técnicas de optimización para reducir al mínimo la dosis de radiación sin comprometer la calidad de las imágenes diagnósticas.

Uso de dosis más bajas: Los avances tecnológicos en la medicina radiológica permiten obtener imágenes de alta calidad con dosis de radiación más bajas. Se utilizan protocolos de imagen ajustados para minimizar la exposición sin sacrificar la información diagnóstica.

Técnicas de posicionamiento precisas: Una colocación y alineación adecuadas del paciente son esenciales para evitar repeticiones de imágenes y, por lo tanto, reducir la exposición a la radiación.

Blindaje: Se utilizan delantales y protectores de tiroides de plomo para proteger las áreas sensibles del cuerpo del paciente de la exposición directa a la radiación.

Monitoreo y registro de dosis: Se registran las dosis de radiación entregadas al paciente en cada procedimiento y se utilizan sistemas de monitoreo en tiempo real para asegurarse de que las dosis se mantengan dentro de los límites de seguridad.

Comunicación con el paciente: Se informa al paciente sobre el procedimiento, los riesgos y la importancia de seguir las instrucciones del técnico de rayos. El paciente debe colaborar en mantenerse inmóvil durante las exposiciones para evitar repeticiones innecesarias.

Evaluación de embarazos y sensibilidad: Se verifica el estado de embarazo y se considera la sensibilidad de ciertos grupos de pacientes, como niños y mujeres embarazadas, adaptando las dosis y las técnicas de imagen, según corresponda.

La protección radiológica del paciente es una prioridad para garantizar que los procedimientos de diagnóstico y tratamiento sean seguros y efectivos. Los profesionales de la radiología trabajan diligentemente para minimizar la exposición a la radiación y proporcionar una atención médica de calidad.

2 Objetivos

Explicar las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la protección radiológica del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 técnico de rayos juega un papel fundamental en la protección radiológica del paciente durante los procedimientos de diagnóstico por imagen que involucran radiación ionizante, como radiografías, tomografías y fluoroscopias. Sus funciones clave en este contexto incluyen:

Explicación y preparación: El técnico debe explicar al paciente el procedimiento, los beneficios y los posibles riesgos asociados con la radiación. También debe asegurarse de que el paciente comprenda las instrucciones y esté dispuesto a cooperar. Esto contribuye a reducir la ansiedad y el estrés del paciente.

Alineación y posicionamiento: El técnico es responsable de posicionar al paciente de manera precisa y segura para obtener las imágenes necesarias. Esto garantiza que se minimice la exposición innecesaria a la radiación al enfocarse específicamente en la región de interés.

Uso de blindaje: El técnico debe utilizar delantales y protectores de tiroides de plomo, así como otros dispositivos de blindaje, para proteger al paciente de la exposición directa a la radiación. Estos elementos se colocan en áreas críticas para reducir la dosis de radiación en los tejidos circundantes.

Selección de parámetros de exposición: Configurar adecuadamente los parámetros de exposición, como el tiempo de exposición y la potencia del haz, es esencial para obtener imágenes de calidad con la menor dosis de radiación posible. El técnico debe adaptar estos parámetros según las necesidades clínicas y las características del paciente.

Monitoreo de dosis: Durante el procedimiento, el técnico debe supervisar continuamente la dosis de radiación entregada al paciente en tiempo real. Esto permite ajustar la exposición si es necesario para evitar una dosis excesiva.

Minimización de repeticiones: Una técnica adecuada reduce la necesidad de repetir los procedimientos, lo que disminuye la exposición del paciente a la radiación y mejora la eficiencia del proceso.

Comunicación con el paciente: El técnico debe mantener una comunicación con-

stante con el paciente durante el procedimiento para asegurarse de que permanezca inmóvil y siga las instrucciones, lo que ayuda a obtener imágenes de alta calidad en el primer intento.

Registros y documentación: Es crucial que el técnico registre todos los datos relevantes, incluyendo la dosis de radiación y los detalles del procedimiento, para mantener un historial médico completo y cumplir con las regulaciones de protección radiológica.

El técnico de rayos desempeña un papel esencial en la protección radiológica del paciente al garantizar que se minimice la exposición a la radiación durante los procedimientos de diagnóstico por imagen. Esto se logra a través de una combinación de comunicación efectiva, técnicas de posicionamiento precisas, uso de blindaje y ajuste adecuado de los parámetros de exposición, todo mientras se mantiene la seguridad y el bienestar del paciente como prioridad.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para una buena protección radiológica del paciente es la justificación y optimización de la radiación. Antes de realizar cualquier procedimiento radiológico, se debe evaluar cuidadosamente si es necesario y si los beneficios diagnósticos superan los riesgos. Utilizar la radiación solo cuando sea realmente beneficioso es esencial para minimizar la exposición innecesaria.

Además, se debe aplicar una optimización constante en la práctica radiológica. Esto implica utilizar técnicas de imagen y dosis de radiación que sean las más bajas posibles sin comprometer la calidad de diagnóstico. Los avances tecnológicos permiten obtener imágenes de alta calidad con dosis cada vez más bajas, y es fundamental aprovechar estas tecnologías para proteger la salud del paciente.

En resumen, la justificación y optimización son los pilares de una protección radiológica efectiva. Esta estrategia garantiza que los procedimientos radiológicos sean seguros, beneficiosos y con dosis de radiación mínimas, priorizando siempre el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

Rodriguez Yslachin, H. J. Hospital oncológico pediátrico en San Juan de Lurigancho.

Capítulo 375

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DEL MENOR POR EL TÉCNICO DE RAYOS

LAURA GARCÍA OLANO

CORAL ROMERAL VERA

PATRICIA CELAYA ORFILA

LAURA VIVANCOS RODADO

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

1 Introducción

La protección del menor en el área de rayos X es una prioridad esencial en la atención médica pediátrica. Para garantizar la seguridad de los niños durante procedimientos de diagnóstico o tratamiento que involucran radiación ionizante, se aplican rigurosas medidas de protección radiológica. Esto incluye el uso de dosis de radiación específicas para el tamaño y la edad del niño, así como el empleo de técnicas de imagen avanzadas que permiten obtener imágenes de alta calidad con dosis mínimas. Los técnicos de rayos X desempeñan un papel fundamental al garantizar el posicionamiento preciso del niño, el uso de protectores de plomo y la comunicación efectiva con el paciente joven y sus padres para reducir la ansiedad y brindar un ambiente seguro.

La evaluación constante de riesgos y beneficios, el registro meticuloso de dosis y la adaptación de protocolos de protección radiológica a las necesidades pediátricas son prácticas esenciales. Al seguir estos principios, se asegura que los pro-

cedimientos radiológicos sean seguros y efectivos para los niños, priorizando su bienestar y salud en todo momento en el ámbito de los rayos X. Aunque hay que decir que se pueden hacer extensas todos los protocolos para el resto de pacientes de un centro hospitalario.

2 Objetivos

Explicar las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la protección radiológica del menor.

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 técnico de rayos tiene un papel crucial en la protección radiológica del niño en el entorno hospitalario. Su función principal es asegurarse de que se obtengan imágenes diagnósticas de alta calidad con la dosis de radiación más baja posible. Aquí se detallan las funciones clave del técnico de rayos en la protección radiológica del niño:

Evaluación del niño: El técnico debe evaluar al niño y su estado de salud antes del procedimiento radiológico. Esto incluye verificar si existe alguna alergia, enfermedad o condición médica que pueda afectar el procedimiento. Además, se debe conocer la historia clínica del paciente para adaptar la técnica de imagen.

Explicación y preparación: Es esencial que el técnico explique el procedimiento de manera comprensible para el niño y sus padres o tutores. Debe responder a sus preguntas y preocupaciones y tranquilizar al niño para reducir la ansiedad.

Posicionamiento preciso: El técnico debe posicionar al niño de manera precisa y cómoda para obtener las imágenes requeridas. Se presta especial atención a la

alineación correcta para evitar repeticiones innecesarias y, por lo tanto, reducir la exposición a la radiación.

Dosificación adecuada: Se ajustan los parámetros de exposición, como la potencia del haz y el tiempo de exposición, para adaptarse al tamaño y la densidad del tejido del niño. El objetivo es obtener imágenes de calidad con la dosis más baja posible.

Uso de protectores de plomo: El técnico debe asegurarse de que el niño utilice delantales de plomo y protectores de tiroides para proteger las áreas sensibles del cuerpo de la exposición directa a la radiación.

Comunicación continua: Durante el procedimiento, se mantiene una comunicación constante con el niño, brindándole instrucciones para mantenerse quieto y colaborar. El apoyo emocional y las técnicas de distracción se utilizan para reducir la ansiedad.

Registro y documentación: Se registra con precisión la dosis de radiación administrada a cada niño y se documentan los detalles del procedimiento. Esto garantiza un seguimiento adecuado y el cumplimiento de las pautas de protección radiológica.

Evaluación de riesgos y beneficios: Antes de realizar el procedimiento, se evalúan los riesgos y beneficios para determinar si la obtención de información diagnóstica supera los riesgos potenciales de la radiación.

El técnico de rayos desempeña un papel esencial en la protección radiológica del niño en el hospital al garantizar que se minimice la exposición a la radiación mientras se obtienen imágenes diagnósticas precisas. Su enfoque en la seguridad, el confort y la comunicación efectiva con el niño y su entorno es fundamental para el bienestar del paciente pediátrico.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para la protección radiológica del menor es la justificación y optimización de la radiación. Antes de cualquier procedimiento, evalúe cuidadosamente si es necesario y si los beneficios superan los riesgos. Aplique técnicas de imagen avanzadas y dosis adaptadas al tamaño del niño para obtener imágenes de calidad con la menor radiación posible. Comunique de manera efectiva con el niño y su familia, brindando apoyo emocional y explicando el pro-

cedimiento de manera comprensible. Utilice protectores de plomo para reducir la exposición en áreas sensibles. Mantenga un registro detallado de las dosis administradas. Priorizar la seguridad y el bienestar del niño en todo momento es esencial en la protección radiológica pediátrica.

6 Bibliografía

Rodriguez Yslachin, H. J. Hospital oncológico pediátrico en San Juan de Lurigancho.

Capítulo 376

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DE LA EMBARAZADA POR PARTE DEL TÉCNICO DE RAYOS

LAURA GARCÍA OLANO

CORAL ROMERAL VERA

PATRICIA CELAYA ORFILA

LAURA VIVANCOS RODADO

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

1 Introducción

La protección radiológica de la embarazada es de suma importancia debido a los riesgos potenciales que la radiación ionizante podría representar para el feto en desarrollo. Durante el embarazo, se busca minimizar la exposición a la radiación de la madre embarazada, así como la dosis que podría alcanzar el feto. Para lograrlo, es fundamental que las embarazadas informen a su equipo médico sobre su estado, incluso si hay una pequeña posibilidad de embarazo. Esto permite tomar precauciones adicionales y, en algunos casos, posponer procedimientos de radiación no esenciales hasta después del parto.

En casos necesarios, cuando se debe realizar una prueba radiológica en una embarazada, se aplican medidas específicas de protección, como la utilización de

delantales de plomo para cubrir el abdomen y el uso de técnicas de imagen que minimizan la exposición a la radiación sin comprometer la calidad diagnóstica. La dosis de radiación se ajusta cuidadosamente para ser lo más baja posible, siempre priorizando la salud de la madre y el bienestar del feto. La comunicación debe ser efectiva entre el equipo médico y la paciente embarazada es esencial para garantizar que se tomen todas las precauciones necesarias y se minimice cualquier riesgo potencial durante los distintos procedimientos radiológicos.

2 Objetivos

Explicar las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la protección radiológica de las embarazadas.

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 técnico de rayos tiene un papel fundamental en la protección radiológica de la embarazada. Su función principal es asegurarse de que se minimice la exposición a la radiación tanto de la madre como del feto en desarrollo durante procedimientos radiológicos. Aquí se detallan las funciones clave del técnico de rayos en este contexto:

Evaluación del estado de embarazo: La primera tarea del técnico es confirmar si la paciente está embarazada. Esto puede requerir la realización de una prueba de embarazo o una evaluación del historial médico de la paciente. Es esencial que la embarazada informe al equipo médico sobre su estado, incluso si la posibilidad de embarazo es baja.

Justificación y evaluación de riesgos y beneficios: Antes de realizar cualquier procedimiento radiológico, el técnico debe colaborar con el equipo médico para evaluar si la prueba es absolutamente necesaria durante el embarazo o si puede

posponerse hasta después del parto. Se sopesan cuidadosamente los riesgos de la radiación frente a los beneficios diagnósticos.

Ajuste de dosis y técnicas de imagen: Si se determina que el procedimiento radiológico es necesario, el técnico debe aplicar medidas específicas de protección. Esto incluye ajustar las dosis de radiación para ser lo más bajas posibles y utilizar técnicas de imagen que minimicen la exposición, como la reducción de la cantidad de radiación y el uso de blindaje con delantales de plomo para cubrir el abdomen.

Comunicación efectiva: El técnico debe mantener una comunicación abierta y efectiva con la embarazada. Debe explicar claramente el procedimiento, las medidas de protección utilizadas y responder a sus preguntas y preocupaciones. La paciente embarazada debe sentirse informada y segura durante todo el proceso.

Documentación precisa: Se registra meticulosamente la dosis de radiación administrada durante el procedimiento, así como los detalles del mismo. Esto es esencial para el seguimiento médico y para cumplir con las regulaciones de protección radiológica.

Seguimiento y cuidado continuo: El técnico debe asegurarse de que la embarazada reciba el seguimiento médico necesario después del procedimiento para monitorear cualquier posible efecto adverso y garantizar el bienestar tanto de la madre como del feto.

El técnico de rayos tiene una responsabilidad crucial en la protección radiológica de la embarazada. Esto implica evaluar el estado de embarazo, justificar y ajustar dosis, comunicarse eficazmente y garantizar que se tomen todas las precauciones necesarias para minimizar la exposición a la radiación y proteger la salud de la madre y el feto en desarrollo.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para la protección de la embarazada durante procedimientos radiológicos es la justificación y evaluación cuidadosa de la necesidad de la radiación. Siempre que sea posible, se debe posponer cualquier estudio radiológico no esencial hasta después del parto. Cuando sea necesario realizar un procedimiento radiológico durante el embarazo, es fundamental que el técnico de rayos ajuste las dosis de radiación al mínimo absoluto necesario para obtener imágenes de calidad diagnóstica. Además, se deben utilizar técnicas de imagen

avanzadas que reduzcan la exposición a la radiación.

La comunicación abierta y efectiva con la paciente embarazada es esencial. Se debe explicar claramente el procedimiento, las medidas de protección empleadas y los riesgos asociados. La embarazada debe sentirse informada y segura en todo momento. Esta recomendación principal se basa en la priorización del bienestar tanto de la madre como del feto, minimizando cualquier riesgo potencial de exposición a la radiación durante el embarazo.

6 Bibliografía

Rodriguez Yslachin, H. J. Hospital oncológico pediátrico en San Juan de Lurigancho.

Capítulo 377

ANATOMÍA PATOLÓGICA Y LA FIJACIÓN TISULAR

SARA VIOLERO CAÑAS

NATALIA VALERO ALONSO

INMACULADA DURÁN SÁNCHEZ

DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ

MARIA TERESA GIL CASTILLEJO

1 Introducción

Podemos definir fijación tisular como el procedimiento mediante el cual se detiene el proceso de degradación y putrefacción del tejido, manteniendo su arquitectura y propiedades lo más parecidas posibles a su estado dentro del organismo vivo.

La correcta fijación del tejido es de suma importancia, ya que una muestra con defectos de fijación sería inútil de estudiar y teniendo en cuenta que este problema no podrá ser corregido.

No existe un fijador universal, depende del tipo de biopsia, pero podemos afirmar que el más utilizado es el formol al 10% tamponado con acetato sódico. La proporción adecuada es de un volumen de fijador 10 veces superior al del tejido o más. En cuanto al tiempo de fijación necesario, puede variar según el tamaño de la muestra, siendo de unas 6 horas en muestras pequeñas como las endoscópicas

y de unas 24 horas en tejidos de mayor volumen, habitualmente procedentes de piezas quirúrgicas de tamaño medio a grande.

En este capítulo desarrollaremos estos puntos, así como otras cuestiones de interés, como son los tipos de fijadores que existen, tipos de fijación y las características fundamentales que debe tener la clase de fijador ideal.

Todo ello nos ayudará a comprender mejor este proceso.

2 Objetivos

- Analizar detalladamente los pasos a seguir para una correcta fijación tisular.
- Concienciar de la importancia de una correcta fijación tisular a la hora de dar un diagnóstico certero.

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. Para llevar a cabo dicha búsqueda, se han utilizado palabras clave como: “fijación”, “tejido”, “laboratorio” y “formaldehído”.

4 Resultados

El proceso de fijación comienza desde la recepción de la muestra, la gran mayoría llegan en solución fijadora, normalmente formaldehído.

Existen dos tipos fundamentales de fijación según el tipo de estudio que se vaya a realizar:

- Fijación histológica, en el que el principal objetivo es mantener la arquitectura y estructura tisular.
- Fijación histoquímica, en la cual trataremos de mantener la composición molecular y bioquímica lo más intacta posible.

En cuanto a los tipos de fijadores caben destacar los siguientes:

- Fijadores por métodos químicos, dentro de los cuales también encontraremos diferentes tipos: * Por deshidratación tisular, como por ejemplo, el alcohol etílico o la acetona.

1. Por cambios en el estado coloidal de las proteínas, como el ácido acético o el ácido crómico.
 2. Los que actúan por formación de sales con los tejidos, como el cloruro mercuríco o el ácido pícrico.
 3. Los que actúan por reticularización de las proteínas, como el formaldehído, el más común y barato de los fijadores.
- Fijadores por métodos físicos, como la congelación, que consiste en el uso del frío como método para detener la putrefacción del tejido.
- Para que un fijador sea el adecuado, debe cumplir unas características fundamentales.
- Ser capaz de detener el proceso de muerte del tejido, cuanto mayor sea su poder, mejor fijación tisular.
- Impedir la actuación de las bacterias en el proceso de putrefacción.
- No provocar la aparición de artefactos, como por ejemplo, la retracción tisular.
- Provocar cambios en la textura del tejido que faciliten su inclusión en parafina, su corte y su tinción.
- Para una fijación óptima, debemos colocar el tejido lo más rápidamente en el líquido fijador. Cuanto más fina sea la sección de tejido, mejor y más rápido se va a fijar, aunque existe un tiempo máximo de fijación que no debemos sobrepasar.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo anteriormente descrito llegamos a la conclusión de que una elección acertada del fijador y del tipo de fijador, es fundamental para obtener unos resultados óptimos, es decir, sin una buena fijación tisular es imposible llegar a un correcto estudio del mismo, o lo que es peor, no poder llegar a hacer ningún tipo de estudio y, por lo tanto, de diagnóstico.

Es conocido el peligro para nuestra salud que conlleva el uso del formaldehído, el fijador más comúnmente utilizado, por lo que sería importante la investigación de otros fijadores de igual o mejor efectividad como medida de protección de la salud de los trabajadores.

6 Bibliografía

1. "Laboratorio de anatomía patológica" de Raimundo García Del Moral.
2. "Fijación y conservación de muestras tisulares" (internet) en www.histopat.es.
3. "Formaldehído y el riesgo de cáncer" (internet) en www.cáncer.gov.

Capítulo 378

LAS FUNCIONES A REALIZAR POR PARTE DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

SARA VIOLERO CAÑAS

NATALIA VALERO ALONSO

INMACULADA DURÁN SÁNCHEZ

DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ

MARIA TERESA GIL CASTILLEJO

1 Introducción

La anatomía patológica es una rama de la medicina que es la que estudia los efectos que producen las enfermedades en los órganos tanto macroscópica como microscópicamente. El objetivo principal es identificar aquellas anomalías que se producen en el cuerpo u órganos y que nos pueden ayudar a diagnosticar y tratar una enfermedad. Aunque esta rama de la medicina es muy importante para la detección de cánceres también lo es para una infinidad de enfermedades como, enfermedades renales, hepáticas, alteraciones autoinmunes e infecciones.

En anatomía podemos diferenciar dos subdivisiones: la histopatología que es la que estudiar microscópicamente las biopsias o cirugías y la citopatología que son aquellos exámenes microscópicos de una célula o un grupo de ellas producido por raspado o aspiración de líquido o tejido. Esta rama es la que realiza los estudios post-mortem, válidos para determinar si la muerte fue natural sin tener una causa clara y no tener indicios de que parte del cuerpo pudo fallar o si se

trata de una muerte que no es por causas naturales, la anatomía patológica es la encargada de dar respuesta a numerosas dudas que surgen ante muertes o patologías que necesitan una investigación de determinar tipo de dolencia o causas del fallecimiento.

2 Objetivos

Describir los estudios anatomopatológicos y sus funciones en los centros hospitalarios, resaltando su aportación a la sanidad pública y privada.

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

Como comentábamos anteriormente, dividimos en dos los exámenes que se realizan en anatomía patológica. Tenemos la histopatología en la que encontramos biopsias y estudio de tejidos. Las muestras pueden ser pequeños fragmentos de tejido obtenidos mediante una biopsia o muestras de órganos o parte de ellos que se extraen durante una cirugía. La mayoría suelen ser biopsias pequeñas que se analizan y si es necesario se realiza posteriormente una cirugía o un tratamiento. Otras biopsias acaparan el área completa de la lesión como es en el caso de los lunares. También se reciben órganos completos o partes. Por ejemplo, úteros, intestino grueso, amputaciones de brazo o pierna. Estas muestras más grandes se analizan primero macroscópicamente y después se toman muestras más pequeñas. Se prepararía el tejido y después se realizarían las técnicas especiales como son las tinciones, inmunohistoquímica, etc. Por último tenemos la citopatología que es el estudio de células individuales. Hay varias técnicas para la obtención de muestras para citopatología como son: primero la Pap que es la más común y es un frotis del cérvix, pero también se examinan muestras de la vejiga urinaria, de la cavidad abdominal, torácica, líquido cefalorraquídeo y lava-

dos pulmonares. Otra técnica que se realiza es la PAAF, que es una punción con aguja fina con la que obtenemos líquido pleural de alrededor del pulmón, quistes en mamas, cuello, etc. El material suele ser líquido o como masa algo compacta pero nunca sólido. Es particularmente útil para evaluar la presencia de células normales o anormales. Y por último tenemos técnicas especiales como es la citometría de flujo que se realiza a través de un láser y se utiliza para neoplasias hematológicas. Estas técnicas se procesan mediante una extensión, una fijación y una tinción finalmente para examinarlas por último al microscopio.

5 Discusión-Conclusión

Es un gran trabajo de los médicos y técnicos de anatomía patológica, ya que se tratan temas complicados y que un resultado puede despejar muchas dudas para un tratamiento concreto y eficaz. Requiere una gran concentración, porque de la interpretación depende las conclusiones a las que se puedan llegar para aplicar el mejor tratamiento si los resultados son malignos; ocurre a veces que se trabaja bajo presión, ya que solicitan análisis intraoperatorios para determinar el alcance de la lesión y hasta dónde deben proceder en la operación. Importante es también cuando se analizan órganos para poder determinar las causas de una muerte, bien sea por averiguar lo que no se pudo durante la enfermedad o si se trata de muerte violenta.

6 Bibliografía

1. Mitchell, R.; Kumar, V.; Abbas, A. y Nelson, F., “Compendio de Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional”, 7ª ed., Editorial Elsevier, Barcelona, 2007.
2. Libros Blancos de la SEAP 2015, 2017, 2019.
3. CISTIERNA MARÍN – GARDEN FERNÁNDEZ gestión de la unidad de un laboratorio de anatomía patológica y citología la Real (Jaén).
4. ALARCÓN LEIVA Rosana. Anatomía patológica y citología. Unidad formativa. 2: necropsias y macroscopia. Alcalá la Real (Jaén). Formación Alcalá, 20.

Capítulo 379

ANATOMÍA PATOLÓGICA Y SUS FUNCIONES EN LAS NECROPSIAS

SARA VIOLERO CAÑAS

NATALIA VALERO ALONSO

INMACULADA DURÁN SÁNCHEZ

DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ

MARIA TERESA GIL CASTILLEJO

1 Introducción

Las necropsias son aquellos estudios que se realizan a los cadáveres, con la finalidad de saber la causa de su muerte. Es un término utilizado como sinónimo de autopsia, aunque la necropsia se suele utilizar más en el área de criminalística, ya que la necropsia acapara el lugar de los hechos, indicios y herramientas usadas. La necropsia también incluye la disección del cuerpo. Necropsia viene del griego “Nekros” que significa “cadáver” y “Opsis” que significa “observar”. Por lo que nos da a entender que las necropsias son un proceso de visualización acompañado por un análisis completo donde se toman unos parámetros para que la escena permanezca tal cual ocurrió. La muerte se puede esclarecer con el ambiente donde se encuentra el cadáver, pistas, ADN y en la necropsia se toma todo tipo de muestras, fotos y objetos como pruebas para hacer un examen más completo. Para poder realizar una autopsia, da igual el tipo que sea, son necesarios los siguientes documentos: Certificado de defunción, solicitud de necropsia en la

que el médico rellena el día y la hora del fallecimiento, resumen de la historia clínica donde se ponga en antecedentes de enfermedades y posible causa de la muerte, autorización del estudio o consentimiento informado y autorización del traslado al departamento de anatomía patológica.

Con la necropsia se pretenden detectar aquellas circunstancias que pudieran provocar el fallecimiento y que no fueron detectadas en las pruebas realizadas anteriormente y poder buscar tratamientos alternativos para prevenir la enfermedad que padeciese el paciente o en caso de ser una muerte por hechos delictivos provocados por un hecho violento.

2 Objetivos

Describir la necropsia o examen postmortem por parte del equipo de anatomía patológica, indicando el proceso para ese tipo de estudio.

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

Dentro de las autopsias tenemos dos tipos; la autopsia hospitalaria y la extra-hospitalaria. La autopsia hospitalaria se realiza a pacientes ingresados y la extra-hospitalaria es la que proviene de pacientes que no estaban ingresados en ese hospital o que venían de hospitalización domiciliaria. Dependiendo de nuestros intereses, podemos tener una autopsia parcial o total. Las autopsias parciales son aquellas que solo se realizan de una parte concreta del cuerpo o de un bloque afectado por la causa de la muerte, y la autopsia total se realiza cuando se necesita analizar los tres bloques (craneal, torácico y abdominal).

La autopsia médico-legal es aquella en la que se estudian los tres bloques anatómicos y siguiendo un orden para realizarla; primero se realizaría el levantamiento del cadáver, seguido de un examen externo y, por último, un examen interno del

mismo. La autopsia por punciones múltiples, no se lleva a cabo la apertura del cadáver, sino que se toman muestras, bien con aguja fina (PAAF) o con aguja gruesa (BAG) dependiendo de si la muestra es líquida o sólida, respectivamente. Estas autopsias suelen realizarse también cuando existe riesgo de contagio por enfermedades infecciosas. Tenemos también la autopsia fetal que se le llama a la muerte antes de la expulsión o extracción de la madre (cesárea). Si la muerte se produce antes de las 13 semanas de gestación se considera biopsia y no autopsia, si ocurre posteriormente ya sería necropsia o autopsia fetal. En la autopsia fetal de lo más importante es el estudio de la placenta, ya que las muertes en el último trimestre de embarazo se deben a un fallo de la función de la misma, valoran su peso, tamaño, características del disco, cordón y membranas. Por último, tenemos la autopsia neuropatológica que se realiza única y exclusivamente para estudiar el sistema nervioso, limitándose habitualmente al cerebro. Muy importante realizarla dentro de las 24h desde el fallecimiento para evitar la autólisis. Para terminar con una autopsia, el médico realizará un informe final donde se explicará el examen interno y externo, habrá unas conclusiones forenses que son subjetivas y unas conclusiones legales que lo más importante es saber si fue una muerte natural o no.

5 Discusión-Conclusión

Tenemos que reconocer el gran papel que realizan los médicos-forenses en este caso para la realización de las autopsias, ya que nos van a verificar la causa de la muerte, sobre todo si es una causa natural, y si no fue una causa natural, poder saber qué enfermedad o que fue la que lo causó, poder poner remedio e investigar para el futuro y si se trata de autopsia por muerte violenta recoger todo tipo de pruebas para en este caso saber quien lo realizó esclarecer los hechos. Es una labor complicada, ya que en muchas ocasiones los restos con los que el patólogo debe trabajar son mínimos o tienen mucho tiempo y eso puede hacer que la labor sea más complicada; bien es cierto que los avances en este campo cada vez son mayores, lo que facilita que los resultados sean muy fiables.

6 Bibliografía

1. Nogales, A (2004) Aproximación a la historia de las autopsias IV. Revista Electrónica de Autopsias. Madrid, España. Volumen 2. Número 1.
2. Virchow, R. (1894) De la técnica de las autopsias (con aplicación especial a la práctica forense). Administración de la Revista de Medicina y Cirugías Prácticas.

Capítulo 380

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO ANTE EQUIPOS COMPACTOS Y PORTÁTILES

MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO

MARTA HERNANDEZ PARDO

REBECA TORRES DOMINGUEZ

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

CARLOS BENITA COTILLAS

1 Introducción

Cuando el traslado de un paciente a una sala de radiología no es factible o posible, se utilizan equipos de rayos X portátiles como equipo médico para obtener imágenes radiográficas. Estos kits son perfectos para usar en ambulancias, unidades de cuidados intensivos, salas de emergencia, consultorios médicos y otros lugares porque son pequeños, livianos y fáciles de transportar.

Las partes principales de un equipo portátil de rayos X son las siguientes:

- Generador de rayos X: es la fuente de radiación que genera los rayos X. El generador puede ser de alta o baja frecuencia y normalmente funciona con baterías o enchufado a una toma de corriente.
- El componente del equipo que emite rayos X se denomina tubo de rayos X. El haz de radiación se dirige hacia el área del cuerpo que está siendo estudiada por el tubo que contiene el cátodo y el ánodo.

- **Detector de imagen:** Es la máquina que recoge los rayos X después de haber entrado en contacto con el cuerpo del paciente. Se puede usar un detector de estado sólido (como un panel de detección directa o un intensificador de imágenes) que convierte instantáneamente los rayos X en señales digitales en lugar de un sistema de película radiográfica tradicional, una placa de fósforo que almacena la radiación para una lectura digital posterior o un sistema tradicional; sistema de película radiográfica.

- **Consola de control:** esta es la interfaz utilizada por el operador del equipo para cambiar la configuración de exposición y administrar el funcionamiento del sistema. La consola puede tener funciones que permitan elegir los métodos de exposición, modificar la potencia del generador, administrar el tiempo de exposición y visualizar las imágenes capturadas.

Para reducir la exposición a la radiación del paciente y del personal médico, el operador del equipo de rayos X portátil debe cumplir con todas las precauciones de seguridad contra la radiación.

Para que el equipo se utilice de forma segura y eficaz, también es crucial confirmar que cumple con las leyes y normativas locales aplicables. Es crucial recordar que para garantizar la adquisición precisa de imágenes y la interpretación adecuada de las imágenes, el equipo de rayos X portátil debe ser utilizado por personal técnico capacitado.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del TSID ante equipos portátiles y cómo estos facilitan muchas labores al resto del equipo y sobre todo en beneficios de pacientes con dificultad de traslados o movimientos.

3 Metodología

Para profundizar en este estudio, como parte de la investigación se realizó una revisión bibliográfica dentro de la literatura científica existente. Las bases de datos principales utilizadas han sido; Pubmed, Medline y Scielo.

Se han buscado información detallada en libros y artículos. Sólo se eligieron para consulta aquellos con contenido pertinente al tema de estudio.

4 Resultados

Numerosas ventajas y resultados en diversos entornos médicos pueden provenir de poseer una máquina de rayos X portátil. Algunos de estos resultados incluyen.

- Mayor accesibilidad: Los equipos de rayos X portátiles permiten realizar estudios radiográficos en lugares sin instalaciones fijas, incluyendo áreas remotas, unidades de cuidados intensivos, hogares de ancianos, residencias de pacientes, ambulancias y campos de batalla, entre otros.

Esto hace que los servicios de diagnóstico radiológico sean más accesibles, especialmente durante emergencias.

La obtención de imágenes rápidas, posible gracias a la accesibilidad inmediata de los equipos de rayos X portátiles, puede acelerar el diagnóstico y el tratamiento. Esto es particularmente útil en situaciones que involucran traumatismos, lesiones graves o cuando es importante vigilar las constantes a medida que movilizamos, como cuando se colocan equipos médicos, tubos de drenaje o catéteres.

- Comodidad y movilidad del paciente: no es necesario mover a los pacientes, lo que es especialmente útil para aquellos que se encuentran en estado crítico o tienen problemas de movilidad.

Al hacer esto, el paciente experimenta menos estrés e incomodidad, así como un menor riesgo de complicaciones relacionadas con el transporte.

- Mayor eficacia y productividad: Los equipos de rayos X portátiles pueden agilizar los procesos y aprovechar al máximo los recursos médicos disponibles. Se ahorra tiempo y se pueden ver más pacientes en un período de tiempo dado al eliminar la necesidad de trasladar al paciente a una sala de radiología. Esto podría impulsar la eficacia operativa y aumentar la productividad del personal médico.

- Ahorro de costos: la capacidad de realizar estudios radiográficos en el punto de atención puede ayudar a reducir los costos relacionados con el transporte de pacientes, la subcontratación de servicios o la obtención de imágenes en instalaciones de radiología fijas. Esto puede conducir a un uso más efectivo de los recursos y menores costos operativos.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, podemos decir que es fundamental para un hospital disponer de una serie de equipos de rayos X portátiles, ya que, a pesar de ser caros, ahorran tiempo, energía y recursos a la hora de realizar las tomas, lo cual es mucho más significativo.

La calidad asistencial que se puede brindar al paciente encamado que no puede

ser trasladado en las distintas unidades hospitalarias (unidad de cuidados intensivos (UCI), reanimación (REA)) junto con la reducción de las listas de espera (ya que mientras se toman las medidas a los pacientes en su cama, las fijas se pueden usar con otros pacientes) en conjunto representan un gran avance y un importante ahorro para todos.

6 Bibliografía

1. <https://fisicamedica.es/blog/radiografia-con-equipos-portatiles/>.
2. radiografia-portatiles Libro Radiología simple ilerna online S.L. 2020.

Capítulo 381

ESTUDIOS POR IMAGEN DE HOMBRO DOLOROSO: PAPEL DEL TÉCNICO DE RAYOS

LUCIA FERNANDEZ TERRON

1 Introducción

El término hombro doloroso engloba todos los problemas que puedan provocar dolor en el hombro.

Las causas que desencadenan esta dolencia pueden ser: degeneración de tendones por desgaste, esfuerzos físicos, movimientos deportivos repetitivos o traumatismos.

El síntoma general de hombro doloroso es un fuerte dolor acompañado de pérdida de movilidad. El concepto abarca tendinitis, rotura del manguito rotador, bursitis, etc.

El hombro doloroso es una de las patologías más frecuentes de enfermedad osteomuscular.

La primera prueba médica de diagnóstico es el examen físico. Si bien, en ocasiones, el especialista podría necesitar pruebas mediante imagen para conseguir mejor diagnóstico, en este caso la prueba de elección será una radiografía convencional, completada en algunos casos con una resonancia magnética.

En el presente capítulo se desarrollarán estas prácticas, como técnico de radiodiagnóstico, es de nuestra responsabilidad la correcta realización de estas técnicas radiológicas, contribuyendo a un diagnóstico pronto y correcto, evitando males innecesarios, como la exposición a dosis radiactivas sobrantes, lo que conlleva un riesgo añadido al paciente y al personal presente en la sala, de ahí, que sea

sumamente necesario que el personal tenga una alta cualificación profesional a la par de estar en posesión del aparataje necesario para realización de las técnicas necesarias.

2 Objetivos

- Dar a conocer las pruebas diagnósticas por imagen que se realizan ante un hombro doloroso.
- Mostrar la importancia de la garantía en la calidad y fiabilidad de las pruebas solicitadas para el hombro doloroso.
- Presentar el papel que lleva a cabo el técnico de radiodiagnóstico en el adecuado mantenimiento de la sala de rayos y su contribución al correcto diagnóstico.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo de libro se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, casos clínicos y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando los artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El hombro es una articulación de compleja anatomía y con mayor rango de movimiento del cuerpo humano.

El hombro doloroso crónico, definido como un dolor de más de seis meses de evolución en dicha articulación sin un evento traumático, es la segunda causa de dolor de origen articular.

Para conseguir un correcto diagnóstico y manejo de estos pacientes, es esencial empezar la secuencia diagnóstica:

1. La primera prueba por imagen es la radiografía anteroposterior (AP):

El técnico de radiodiagnóstico colocará al paciente en decúbito supino o bipedestación, siendo esta última la más cómoda para el paciente.

Se rota el cuerpo entre 35°-45° hacia el lado afectado, quedando la escápula paralela al plano del chasis.

El rayo será perpendicular al chasis y debe entrar por un punto a 5cm medial y 5cm inferior al reborde superolateral del hombro.

2. Después de la valoración mediante radiografía AP, el siguiente paso para concretar diagnóstico es la resonancia magnética (RM):

La resonancia magnética es un estudio indoloro, no invasivo, que no utiliza radiación, sino campos magnéticos, es la prueba de elección para lesiones en el manguito rotador del hombro.

Para realizar este estudio, que dura entre 30-40 minutos, el técnico de radiodiagnóstico indica al paciente que acuda con ropa cómoda (tipo deportiva), no lleve objetos de metal (reloj, pendientes), retire prótesis dentales, audífonos.

Para realizar este estudio, las ondas electromagnéticas son asociadas a un ordenador para producir imágenes muy detalladas y de gran resolución para detectar patología.

3. Si estas dos pruebas resultan insuficientes, se puede realizar una gammagrafía ósea:

Mediante esta prueba se detectan las áreas de mayor o menor recambio ósea. A veces, es necesaria para revelar fracturas óseas ocultas que debido a su mínimo tamaño resultarían imposibles por medio de otros procedimientos.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se resalta el hecho de que el papel del técnico de rayos es clave dentro del equipo sanitario de atención a personas con patología de hombro doloroso.

El estudio por imagen del hombro doloroso generalmente debe comenzar con una radiografía anteroposterior(AP). Esta valoración puede ser suficiente en algunos casos, como traumatismo o tendinopatía calcificante. Sin embargo, se resalta que tiene limitaciones en la demostración de la afectación de tejido blando.

La resonancia magnética permite la observación óptima de todas las estructuras del hombro. Se indica en aquellos sujetos con rotura del manguito rotador, permitiendo valorar la exactitud del tamaño de la rotura, la retracción de los tendones, el grado de atrofia muscular. Es la técnica de elección de partes blandas.

6 Bibliografía

1. Club bibliográfico SERAM Radiografía al día.
2. Elsevier.es.
3. Mayoclinic.org
4. Manual de radiología para técnicas.
5. Proyecciones radiológicas. Manual práctico.

Capítulo 382

ESTUDIO PARA DIAGNÓSTICO DE ESGUINCE DE MUÑECA: PAPEL DEL TÉCNICO DE RAYOS

LUCIA FERNANDEZ TERRON

1 Introducción

El esguince de muñeca, también conocido como muñeca abierta, es una lesión de los ligamentos de la muñeca.

Se trata de una patología que representa el 5% del los traumatismos de la mano. Aunque no es una afección grave, existen varios grados, siendo los más severos, bastante dolorosos e incapacitantes para la realización de actividades de la vida ordinaria. El ligamento de la mano que más se lesiona es el ligamento escafolunar (coordina los movimientos de los huesos del carpo) que une el hueso escafoide con el hueso semilunar, ambos están situados en el carpo, que es el conjunto de huesos de la muñeca.

Según el grado de afectación del ligamento existen tres tipos de esguinces que de menor a mayor gravedad son clasificados grado I, grado II y grado III.

El tipo de grado conllevará la realización, por parte del técnico de rayos, de una u otra serie radiológica, de lo que se desprende que la correcta formación del técnico dentro del equipo sanitario resulta primordial para el correcto establecimiento de esta patología óseomuscular. Sirva como ejemplo que cuando se trata una afectación severa (grado III) la técnica de elección para clasificación de la patología es la resonancia magnética (RM) de muñeca.

2 Objetivos

- Dar a conocer las pruebas diagnósticas por imagen que se realizan ante un esguince de muñeca y en qué tipo de esguinces se llevan a cabo.
- Mostrar la importancia de la garantía en la calidad y fiabilidad de las pruebas solicitadas para el esguince de muñeca.
- Presentar el papel que lleva a cabo el técnico de radiodiagnóstico en su contribución al correcto diagnóstico, para evitar secuelas crónicas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un esguince de muñeca es una lesión de los ligamentos que se pueden distender o romper por múltiples causas, entre otras:

- Caídas.
- Golpes.
- Movimientos repetitivos o bruscos.

En función de la afectación del ligamento se establece una clasificación de los esguinces de mayor a menor gravedad:

- Grado I: El ligamento ha sufrido una distensión pequeña sin ocasionar rotura. Dolor leve e inflamación.
- Grado II: Hay una rotura parcial del ligamento que causa dolor moderado e importante inflamación.
- Grado III: Rotura total del ligamento causando inflamación, deformidad e imposibilidad del movimiento de la muñeca.

En caso de esguinces de grado I y II, el traumatólogo realiza una exploración para su diagnóstico. Es en el caso de esguinces severos grado III donde será necesario realizar una radiografía, resonancia magnética de muñeca e incluso gammagrafía ósea.

1. Radiografía:

Usa la radiación para obtener una imagen de las estructuras internas del cuerpo, especialmente huesos, se lleva a cabo para asegurarse que no haya huesos fracturados. La radiografía también puede revelar una dislocación ósea o desgarramiento de los ligamentos que estabilizan los huesos.

2. Resonancia Magnética (RM):

Una prueba de ondas magnéticas que obtienen imágenes de las estructuras internas del cuerpo.

3. Gammagrafía ósea:

Una prueba mediante la cual se detectan las áreas de mayor o menor recambio óseo. A veces, es necesaria para revelar fracturas ocultas.

De un correcto y rápido diagnóstico del esguince de muñeca, dependerá en un futuro que no existan lesiones crónicas, que son referidas a antiguas lesiones, como en casos de artritis.

La perfecta cualificación del personal de rayos, integrado en el equipo multidisciplinario sanitario, así como la dotación del aparataje necesario e instalaciones óptimas, repercute positivamente en el precoz y correcto diagnóstico de esta patología de muñeca.

5 Discusión-Conclusión

Un esguince es una lesión frecuente de muñeca, que afecta a los ligamentos de la misma, pudiendo distenderse e incluso romperse, por múltiples causas, tales como caídas, golpes, movimientos bruscos, etc., que traen aparejado una imposibilidad en la realización de las actividades de la vida diaria.

Se resalta la importancia de que, en función de la afectación del ligamento, hablaremos de distintos grados, dependiendo de los cuales, se optará por una técnica radiodiagnóstica diferente.

Las manos son estructuras complejas y cualquier lesión en ellas repercute en la calidad de vida del paciente, por lo que la recuperación de la patología del esguince de muñeca debe ser completa, ya que de ello depende la no aparición de enfermedades crónicas, donde el técnico en radiodiagnóstico, juega un papel primordial en su contribución al precoz y correcto diagnóstico, para evitar secuelas crónicas.

6 Bibliografía

1. Radiografía básica.
2. Salud savia.

3. Medicina para el deporte.
4. Espacio SERAM.com.

Capítulo 383

EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO EN LA PROYECCIÓN CONVENCIONAL DE ABDOMEN

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO

CARLOS BENITA COTILLAS

REBECA TORRES DOMINGUEZ

MARTA HERNANDEZ PARDO

1 Introducción

Las proyecciones en imagen para el diagnóstico ayuda a los médicos en el diagnóstico. La radiografía de abdomen no necesita ninguna preparación. El equipo que utilizamos consta de una camilla y un tubo de rayos x. También podemos utilizar equipos portátiles para poder desplazarnos a otros servicios del hospital como por ejemplo la UCI. La obtención de imágenes por rayos x no es doloroso. Los beneficios son :

- Un procedimiento mínimamente invasivo.
- Aportan información suficiente para evitar someterse a otros procedimientos.
- Disponemos de equipos en las salas de urgencias, es económico comparado con otros procedimientos.
- En los casos de emergencias la radiografía es rápida.

En este capítulo vamos a desarrollar las proyecciones convencionales simples de abdomen. Que están indicadas en los siguientes casos:

- Previa a un estudio con contraste para visualizar cálculos renales o vesiculares radiopacos, para cerciorarse de una preparación intestinal adecuada.
- Para poder ver la existencia de una masa anómala.
- Para demostrar la presencia de líquido libre, cuerpos extraños, gas, el tamaño y la forma de las vísceras en caso de abdomen agudo.

La radiografía de abdomen a veces puede no ser suficiente y debemos completar el estudio con otros procedimientos como por ejemplo tomografía computarizada (TC) del abdomen y de la pelvis o resonancia magnética (RMN) del abdomen y pelvis, donde las imágenes obtenidas son mucho más detalladas.

2 Objetivos

Conocer las indicaciones para la radiografía de abdomen.

Exponer el centrado y colimación de la misma.

Saber las distintas proyecciones de abdomen.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación y búsqueda de diferentes trabajos científicos vinculados con el tema escogido, Los delitos relacionados con la bioética sanitaria. Se han utilizado bases de datos científicas como Scielo, Google Scholar o PubMed.

4 Resultados

La radiografía del abdomen y la cavidad pelviana están indicadas en:

- Previa a un estudio con contraste para visualizar cálculos renales o vesiculares radiopacos, para cerciorarse de una preparación intestinal adecuada.
- Para poder ver la existencia de una masa anómala.
- Para demostrar la presencia de líquido libre, cuerpos extraños, gas, el tamaño y la forma de las vísceras en caso de abdomen agudo.

Proyección antero posterior de abdomen.

Para esta proyección colocaremos al paciente en posición decúbito supino, con sus brazos extendidos de forma lateral por encima de la escotadura de esternón o pegados al cuerpo. Podemos poner en la flexura posterior de las rodillas del

paciente unas almohadillas de esta forma intentaremos conseguir una mayor inmovilidad del tronco.

El chasis :que se utilizara lo colocaremos de manera sagital a la mesa.

El rayo: irá de forma perpendicular a la línea media a nivel de crestas iliacas. La proyección se hará en apnea a la hora del disparo.

Colimación: desde la apófisis xifoides hasta la sínfisis del pubis.

Centrado: 5 cm por encima de crestas iliacas.

Podemos utilizar el protector de plomo siempre que no interfiera con la zona que queremos estudiar.

Proyección postero anterior en decúbito lateral de abdomen.

Posición del paciente: Posicionaremos al paciente en decúbito lateral, con brazos y rodillas flexionado.

Chasis: Lo apoyaremos verticalmente en la parte posterior del tronco, de manera que proyecte por encima de la pared lateral abdominal y torácica incluyendo en la colimación un poco de diafragma.

Rayo: Horizontal y perpendicular al plano medio sagital al nivel de la cresta iliaca. El disparo será en apnea.

Colimación: desde la apófisis xifoides hasta la sínfisis del pubis.

Centrado: 5 cm por encima de crestas iliacas.

Proyección antero posterior de abdomen con el paciente sentado.

Posición: Se hace en pacientes en silla de ruedas, desplazaremos el chasis lo mas bajo posible respecto al abdomen para que sea incluido en su totalidad. Los brazos se posicionarán de forma latera dejándolos caer.

Chasis: verticalmente por detrás del paciente de forma que el borde superior de este no este por debajo del esternón.

Rayo horizontal central al centro de la placa. El disparo será en apnea.

Colimación: desde la apófisis xifoides hasta la sínfisis del pubis.

Centrado: 5 cm por encima de crestas iliacas.

Proyección de abdomen decúbito lateral en supino.

Esta posición se utiliza cuando el paciente no puede estar en posición sentada o erecta.

Posición: Paciente situado en decúbito lateral en supino con los brazos arriba sujetando la cabeza.

Colimación: concluyendo el tórax, hasta la mitad del esternón y la mayor extensión posible del abdomen, comprobando que se proyecta la pared anterior del tronco

Rayo: horizontal central se dirigirá hacia la cara lateral del tronco, con la respiración en apnea.

Colimación: desde la apófisis xifoides hasta la sínfisis del pubis.
Centrado: 5 cm por encima de crestas iliacas.

5 Discusión-Conclusión

En 1895 el alemán Wilhem Conrad Röntgen descubrió los rayos x y desde entonces ha sido imprescindible en la detección de enfermedades y que estos permiten atravesar cuerpos y obtener imagen. La radiología es una herramienta imprescindible en el campo de la medicina.

Las imágenes para el diagnóstico es muy importante porque aproxima al facultativo a la patología al diagnóstico debido a que aporta la información necesaria para detectar patologías o anomalías que de otra forma no sería posible. De manera que el médico establezca la estrategia y el tratamiento.

Son suficientes los beneficios de utilizar la radiación x con fines médicos.

6 Bibliografía

<https://www.radiologyinfo.org/es/info/abdominrad>

<https://www.slideshare.net/adelacalatayud/radiografa-de-abdomen-1429781>

Capítulo 384

ENFERMEDAD PROFESIONAL VS. ACCIDENTE LABORAL

EVA MARIA MARTINEZ ESTEBANEZ

1 Introducción

Los “daños derivados del trabajo” se definen, según lo explicitado en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, como: las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión de trabajo. Estos daños se dividen en 2 categorías:

- La enfermedad profesional se define como la patología o dolencia que aparece de forma lenta, paulatina, progresiva y previsible, que se va agravando por la continua exposición al riesgo laboral que la causa y que depende directamente de la forma de presentación de dicho riesgo, la sustancia o agente dañino que la provoca y las características físicas, sociales y biológicas del trabajador, así como su sensibilidad a ellos y, que además, el trabajador la contrae a consecuencia de la labor profesional realizada por cuenta ajena.

La consideración de enfermedad profesional ha de cumplir dos condiciones fundamentales:

- Debe demostrarse, sin lugar a duda, que exista una relación causa-efecto entre el ambiente laboral y la aparición de la enfermedad.
- La patología ha de estar entre las incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales explicitadas en el Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre.
- El accidente laboral o accidente de trabajo es todo suceso rápido, repentino, violento e imprevisible que produzca al trabajador lesiones corporales leves o graves, invalidantes o no, agudas o crónicas, dichas lesiones son a causa del trabajo que este realice por cuenta ajena o por cuenta propia (trabajadores autónomos).

Un accidente tendrá la contemplación de accidente laboral si cumple los siguientes requisitos:

- Que el trabajador sufra deterioro o daño corporal por un golpe, caída, enfermedad o herida, incluyéndose también, las enfermedades o secuelas psíquicas y psicológicas relacionadas con la labor profesional desarrollada.
- Que esté motivada y demostrada la relación de causalidad directa entre lesión y trabajo, es decir, que el accidente sufrido por el trabajador sea consecuencia directa de la labor desempeñada en el lugar de trabajo y dentro de la jornada laboral, quedando incluidos también en la jornada laboral los tiempos de desplazamiento en la ida y la vuelta al lugar de trabajo (accidentes in itinere) y los sufridos en el hogar en caso de jornadas laborales de teletrabajo por cuenta ajena.

2 Objetivos

- Exponer las definiciones de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional.
- Enunciar características y tipologías de la enfermedad profesional y el accidente laboral.
- Seccionar las similitudes y diferencias entre el accidente laboral y la enfermedad profesional.
- Revelar los costes de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

3 Metodología

El capítulo que nos ocupa ha sido elaborado mediante la realización de una búsqueda y revisión sistemática de bibliografía del tema sobre el que éste versa en publicaciones académicas, fuentes legislativas, artículos científicos, revistas médicas y en diversas bases de datos.

4 Resultados

1. TIPOLOGÍA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES.

Los elementos característicos que decretan el surgimiento de una enfermedad profesional son:

- La naturaleza del agente ambiental.
- La susceptibilidad o sensibilidad de la persona.
- El tiempo de exposición.
- La presencia de dos o más agentes simultáneamente

Los tipos de enfermedades profesionales vienen especificadas en el Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre y clasificadas del modo siguiente:

- Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.
- Enfermedades profesionales originadas por agentes físicos (posición, desplazamientos, esfuerzo, manejo de cargas).
- Enfermedades profesionales ocasionadas por agentes biológicos.
- Enfermedades profesionales por exposición a ruidos, vibraciones, radiaciones ionizantes y no ionizantes, iluminación.
- Enfermedades profesionales provocadas por inhalación de sustancias y agentes no incluidos en otros apartados.
- Enfermedades profesionales dermatológicas causadas por sustancias y agentes no comprendidos en los grupos anteriores.
- Enfermedades profesionales suscitadas por agentes carcinógenos.

2. TIPOLOGÍA DE ACCIDENTES LABORALES.

Los tipos de accidentes laborales sufridos por los trabajadores más habituales son los enumerados a continuación:

- Por caídas del trabajador o de objetos (desplome o derrumbamiento) a nivel, en altura o diferente nivel.
- Por pisadas entre objetos.
- Por contacto o exposición a elementos peligrosos, a radiaciones, elementos corrientes, sustancias químicas, cáusticas, corrosivas, nocivas o tóxicas, contactos eléctricos (directos e indirectos), a temperaturas extremas.
- Por deterioros, desgastes, sobreesfuerzos, posturas forzadas o movimientos repetitivos que afecten al sistema músculo-esquelético (los músculos, los huesos y/o las articulaciones).
- Por manipulación incorrecta de materiales o por atrapamiento entre objetos o máquinas.
- Por choques contra objetos móviles o inmóviles.
- Por explosiones e incendios.
- Por actos de salvamento en el lugar de trabajo o in itinere que sean para ayudar a otros en estado de emergencia.
- Accidentes en vehículos que sucedan en desplazamientos ya sea como conductor o pasajero) en medios de transporte relacionados con el trabajo.
- Accidentes in itinere, que ocurren por desplazamientos en el trayecto de ida o vuelta al centro de trabajo y, accidentes en misión, que suceden por desplazamientos, por razones laborales, fuera del centro de trabajo durante el tiempo de duración de la jornada laboral.

- Las enfermedades intercurrentes, es decir, enfermedades o complicaciones que se producen como consecuencia directa del proceso patológico de un accidente laboral.
- Los accidentes debidos a imprudencias no temerarias por parte de los profesionales, imprudencias debidas a la confianza del trabajador y al costumbrismo habitual en la realización de una tarea.
- Las enfermedades padecidas por el trabajador con anterioridad y que se ven agravadas por un accidente laboral.

Existen, por otro lado, accidentes ocurridos en el lugar de trabajo que no tienen la consideración de accidente laboral, estos son:

- Los accidentes producidos como resultado de la actuación de otra persona (empresario, compañero de trabajo, tercero), juegos o bromas de personas que puedan originar un accidente de un tercero.
- Los accidentes derivados del dolo, estos se producen cuando un trabajador de forma voluntaria, consciente y malintencionadamente ocasiona un accidente con la intención conseguir beneficios de dicha eventualidad.
- Los accidentes acontecidos por imprudencia temeraria de los trabajadores.
- Los accidentes cuya causa es una fuerza mayor extraña al trabajo, es decir, cuando la fuerza mayor sea de una naturaleza no relacionada con el trabajo desempeñado en el momento del accidente y no relacionada con el ambiente y el lugar de trabajo, por ejemplo, una insolación no será considerada de fuerza mayor extraña si el trabajador realiza su labor habitualmente a la intemperie.

3. CARACTERÍSTICAS SIMILARES Y DIFERENCIADORAS ENTRE ENFERMEDAD PROFESIONAL Y ACCIDENTE DE TRABAJO. (Cuadro 1).

A) DIFERENCIAS:

ACCIDENTE DE TRABAJO:

- Se produce de forma súbita o repentina, violenta e imprevisible, facilitando su clasificación como tal.
- Afecta a lo sufrido “in itinere”.
- No englobadas en cuadro del artículo 116 de la Ley General de Sanidad y en el Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre como enfermedad profesional, siempre que se pruebe que su causa la originó la realización del trabajo.
- Los sucedidos en actos de salvamento cuando tengan conexión con el trabajo.
- Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad, que se agraven como consecuencia de la lesión propia del accidente.
- Los sufridos como consecuencia de un cargo sindical ocupado por elección y

los ocurridos como consecuencia de realizar tareas distintas a las propias de la categoría profesional, que el trabajador efectúe en cumplimiento de órdenes de un superior o de forma libre y voluntaria en interés del buen funcionamiento de la empresa.

ENFERMEDAD PROFESIONAL:

- Se produce de forma lenta, gradual, progresiva y previsible, dificultando, en numerosas ocasiones, su clasificación como tal.
- No se producen “in itinere”.
- Englobadas en cuadro del artículo 116 de la Ley General de Sanidad y, explicitadas en el Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre como enfermedades profesionales.
- Las acontecidas por exposición a agentes ambientales y sustancias, dependiendo de la naturaleza de estas, el tiempo de exposición a ellas, la presencia de 2 o más agentes de forma simultánea y la vulnerabilidad o sensibilidad de la persona a dichas sustancias.

B) SIMILITUDES:

ACCIDENTE LABORAL:

- Lesiones sufridas durante el tiempo y lugar de trabajo.
- Toda lesión corporal sufrida con ocasión o como consecuencia del trabajo desempeñado por cuenta ajena o por cuenta propia (trabajadores autónomos).

ENFERMEDAD PROFESIONAL:

- Enfermedades sufridas durante el tiempo y lugar de trabajo.
- La contraída a consecuencia del trabajo realizado por cuenta ajena o por cuenta propia (trabajadores autónomos).

4. COSTES DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES.

Las razones de índole ético-moral son motivos, más que suficientes, para hacer prevención, sin embargo, existen otros altamente considerables, como los costes económicos que tienen para la sociedad y los daños a la salud que sufren los trabajadores, así como para la empresa.

- Los costes y repercusiones para el trabajador que sufre un accidente laboral o una enfermedad profesional:
 - Pérdida de capacidad física o psicológica por las lesiones del accidente o la enfermedad profesional.
 - El propio sufrimiento inmediato de la lesión física o psicológica del accidente.
 - Pérdida parcial de retribuciones.

- El daño a la familia del accidentado, tanto moral como económica.
- Los costes para las empresas derivados de los accidentes laborales y las enfermedades profesionales que padecen sus trabajadores, son de dos tipos:
 - Costes Directos: Son los que tienen una repercusión directa en la contabilidad de la empresa, ya que se pueden producir de forma directa tras producirse el daño, como son:
 - Sanciones administrativas por incumplimiento de la normativa de prevención.
 - Recargos de las prestaciones a la seguridad social.
 - Costas derivadas de procedimientos judiciales.
 - Indemnizaciones por responsabilidad civil.
 - Multas penales.
 - Costes Indirectos: son los que no tienen una repercusión inmediata o directa en la contabilidad de la empresa, pero generan gastos ocultos y muy elevados, como son:
 - La producción no realizada o interrumpida.
 - La contratación y formación del personal que sustituya al trabajador dañado.
 - Los daños materiales producidos, costes de reparación o sustitución tanto de inmuebles, instalaciones o maquinaria.
 - Los retrasos en el suministro y la posible pérdida de clientela.
 - El deterioro de imagen interna y externa.

5 Discusión-Conclusión

Los accidentes son siempre accidentes, las enfermedades son siempre enfermedades, sin embargo, para que éstos tengan la denominación o consideración de laborales, de trabajo o profesionales existen tres claves diferenciadoras:

- Estar contratado, es decir, estar en activo y cotizando al régimen general de la seguridad social, ya sea por cuenta ajena o por cuenta propia (trabajadores autónomos).
- Que se produzcan en el lugar de trabajo o in itinere.
- Que se produzcan como consecuencia probada del trabajo.

Unos ejemplos aclaratorios de lo expresado anteriormente:

- Salgo de mi casa de camino a mi trabajo, en el hospital donde estoy contratada por cuenta ajena, para el inicio de mi jornada laboral, tropiezo en la calle, me caigo y me fracturo un tobillo, este suceso es considerado un accidente laboral in

itinere, es considerado un accidente laboral al igual que si este se produjera en el pasillo de la planta donde desempeño mi labor profesional dentro de mi jornada laboral; no obstante, si este mismo suceso se produjera en uno de mis días libres sólo sería un accidente, sin consideración de accidente de trabajo.

- Contraigo una enfermedad en mi lugar de trabajo durante mi jornada laboral por estar expuesta a un agente biológico, a pesar de tomar las debidas precauciones y medidas de seguridad, sería considerada enfermedad profesional; por el contrario, no tendría esa consideración si, en mi tiempo libre voy a visitar a mi tía enferma y contraigo una enfermedad por exposición a ese mismo agente biológico, aun adoptando las mismas medidas de protección.

Finalmente, una reflexión, los costes derivados de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales conllevan tanto para las empresas como para los trabajadores, un importante desembolso económico que soporta y financia la totalidad de la ciudadanía, y que suponen en España cantidades muy elevadas cada año.

6 Bibliografía

1. “Curso de Prevención de Riesgos Laborales Básico”. Instituto Asturiano de Administración Pública Adolfo Posada. www.asturias.es/iaap
2. “Clasificación de riesgos laborales”. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
3. <https://www.istas.net>
4. “Concepto de accidente de trabajo”. <https://guiasjuridicas.wolterskluwer.es>
5. “¿Qué es una enfermedad profesional?”. <https://saludlaboralydiscapacidad.org>
6. “El concepto de accidente de trabajo y enfermedad profesional en el marco del Real Decreto Legislativo 8/2015”. INSST. Septiembre 2022.
7. “Cuadro de enfermedades profesionales”. Real Decreto 1299/2006. INSST. Septiembre 2022. <https://www.boe.es>
8. <https://www.conceptosjuridicos.com>
9. “Salud Laboral”. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. <https://istas.net>
10. Cuadro explicativo de elaboración propia.

Capítulo 385

LOS CONTRASTES EN RESONANCIA MAGNÉTICA

DIHIA MAMMERI PÉREZ

1 Introducción

La resonancia magnética es un método diagnóstico que no utiliza radiaciones ionizantes sino campos magnéticos y ondas de radiofrecuencia para la obtención de imágenes.

Mediante estas imágenes se pueden distinguir los distintos tejidos, así como detectar posibles patologías.

Para la mejor detección de las patologías se utilizan contrastes que aumentan la potenciación de los tejidos.

El contraste es un fármaco que es absorbido por los tejidos enfermos de manera que aumenta su señal.

Un contraste está compuesto por un ion metálico (principio activo) con cualidades magnéticas. Al ser tóxico para el organismo va junto con un quelante que se encarga de disminuir su toxicidad y guía su distribución por el organismo.

Los iones pueden ser paramagnéticos (gadolinio) o superparamagnéticos (compuestos de óxido de hierro), mientras los quelantes pueden ser iónicos y no iónicos.

Encontramos contrastes positivos, aquellos que producen un aumento de señal en secuencias potenciadas en T1 (contrastos con gadolinio y manganeso) y contrastes negativos, que producen una imagen hipointensa en secuencias potenciadas en T2 (SPIO, USPIO y MION).

En comparación con otros contrastes usados para otras pruebas radiodiagnósticas, como es el caso de los contrastes yodados que se utilizan en la tomografía

computarizada, son sustancias muy seguras. No suelen provocar efectos adversos aunque sí pueden producir nefrotoxicidad o fibrosis sistémica nefrogénica.

2 Objetivos

- Explicar que es un contraste.
- Describir vías de administración.
- Exponer todos los tipos y subtipos de contrastes que se utilizan.

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 contrastes pueden ser positivos, si aumentan la potencia de la señal, o negativos, si la reducen.

Contrastes positivos: son iones metálicos paramagnéticos que reducen el T1 de los tejidos donde se fijan provocando una imagen hiperintensa en secuencias potenciadas en T1.

Contrastes con gadolinio como principio activo (más utilizados). El gadolinio es un metal pesado que es tóxico en su forma libre, por lo que se debe unir a un quelante para poder ser eliminado. Los distintos tipos de contraste que contienen gadolinio se diferencian en el quelante utilizado, separándolos en iónicos y no iónicos, y apreciando diferentes estructuras espaciales. Estos contrastes si se encuentran en grandes cantidades pueden acortar el T2 por el efecto de susceptibilidad magnética, por esto es muy utilizado en estudios de perfusión.

Contrastes con manganeso como principio activo. Es un metal paramagnético que en su forma libre es tóxico. Se une a un quelante dando lugar a DPDP-MN (mangafodipir) el cual comercialmente se denomina Teslascan, que a día de hoy está fuera del mercado.

Contrastes negativos: son sustancias superparamagnéticas de óxido de hierro, que acortan el T2 en los tejidos en los que se fijan, obteniéndose una imagen hi-

pointensa en secuencias potenciadas en T2. Las sustancias de oxido de hierro van recubiertas por sustancia biodegradables (como el dextrano y carboxi-dextrano) que les aportan distintos tamaños.

SPIO (superparamagnetic iron oxide). Son partículas con un tamaño medio entre 50 nm y 200 nm. Son fagocitadas por las células del bazo y del hígado.

USPIO (ultrasmall superparamagnetic iron oxide). Tienen un tamaño entre 20 nm y 50 nm. Estas partículas están preparadas por fragmentación de ferrumóxidos para favorecer la captación de óxido de hierro por las células reticuloendoteliales de los ganglios linfáticos.

MION (monocrystalline iron oxide nanoparticles). Son las partículas más pequeñas de todas, con tamaños menores a 20 nm. Están cubiertas de dextrano y actualmente no se comercializan.

El único contraste negativo tanto en T1 como en T2, aprobado, es el bromuro de perfluorooctilo.

Todos los contrastes se pueden administrar de varias formas, siendo las principales:

Vía intravenosa: introducción mediante un catéter directamente en la vena.

Vía intraarticular: para observar el interior de la articulación, pudiendo ser:

Indirecta, se administra contraste por vía intravenosa.

Directa, se inyecta en el interior de la articulación.

Vía oral: utilizada sobre todo para estudios intestinales.

Otras vías de administración no tan comunes son:

Vía intraarterial.

Vía intratecal, inyectando el contraste en el espacio subaracnoideo.

5 Discusión-Conclusión

Los contrastes en resonancia magnética se usan muy a menudo debido a su utilidad para localizar patologías en cualquier parte del cuerpo.

Hay varios tipos de contrastes dependiendo en qué tipo de potenciación se quiera ver la lesión, en los que destacan los contrastes con gadolinio como principio activo, que son los más utilizados a día de hoy debido a sus ventajas e inocuidad respecto al resto.

Las vías de administración de los contrastes son varias, ya que dependiendo del tipo de estudio se deberá administrar de una manera u otra.

Los contrastes utilizados en resonancia, a diferencia de los contrastes usados en las pruebas de tomografía computarizada, no suelen tener efectos adversos ni provocar reacciones alérgicas.

6 Bibliografía

1. Muñoz, S. C., Blanco, C. C., Marcin, J., Álvarez, C. F., & Martínez, J. L. (2014). Contrastes basados en gadolinio utilizados en resonancia magnética. Radiología, 56, 21-28. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2014.06.005>

Capítulo 386

FUNIONES DEL TRABAJO SOCIAL EN TODOS LOS SERVICIOS DE SALUD

GLORIA PANIAGUA LEAL

SANDRA CARRASCO OJEDA

MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA

MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA

ANA PARRAS VACAS

1 Introducción

A partir de finales del siglo XIX, el trabajo social estuvo indisolublemente ligado a la ciencia de la salud, y desde entonces ambos campos han permanecido estrechamente relacionados. El trabajo social siempre ha tenido una conexión con las ciencias en base al contacto, y se distinguió por ofrecer asistencia inmediata. A través de la asistencia profesional para la reubicación de circunstancias personales, brindé apoyo personal, comprensivo y emocional a personas y sus familias que atravesaban un proceso de enfermedad. Los familiares que estaban allí antes de los cambios sufridos como consecuencia de la enfermedad o incluso de la muerte.

Fue un médico llamado Doctor Roviralta en España, así como en muchas otras naciones quien apoyó la creación de la primera escuela de trabajo social en Barcelona en 1932.

Una profesión como el trabajo social se practica no solo en su campo principal de servicios sociales, sino también en otras industrias como la salud.

En el área de la salud, el trabajo social se define como la participación del profesional en el apoyo y acompañamiento de los clientes, sus familias y su entorno, de manera similar a la de los demás miembros del equipo interdisciplinario, utilizando tanto recursos internos como externos para ayudar en el proceso de recuperación de la salud.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del trabajo social en los servicios de salud y ver qué importancia tiene su figura en el área 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 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 profesión de trabajo social abarca una amplia gama de ocupaciones, pero en el área de la salud se enfoca en el crecimiento y bienestar de las personas con trastornos, enfermedades o discapacidades y se practica en un entorno público, privado, en hospitales, asociaciones y centros de salud, etc.

El trabajador social trabajará siempre como parte de un equipo multidisciplinar (incluyendo profesionales de medicina, enfermería, psicología, educación social, etc.), en el que se brindará asistencia a la persona, favoreciendo su aprendizaje y la mejora de sus habilidades de conciencia situacional.

Ante estas situaciones pueden aparecer distintas dificultades sociales como son:

- Desconocimiento de lo que me ocurre y falta de información para afrontar cada situación, lo que genera bloqueo y ansiedad.
- Dificultades familiares y en otras relaciones sociales.
- Dificultades en el ámbito laboral y económico.

En estos casos y cuando la persona no está preparada para afrontar por sí misma estas dificultades, el profesional del Trabajo Social Sanitario (aunque siempre teniendo labor complementaria con el resto del equipo), actuará intentando mantener el bienestar y la calidad de vida del paciente, con diversas actuaciones específicas para cada caso, pues cada situación es distinta, aunque basadas en un procedimiento general, como pueden ser:

- Recibir a la persona, recopilar datos para realizar una valoración del caso y un diagnóstico adecuado, y poder informar y asesorar a cada persona de acuerdo con sus necesidades.
- Elaborar un diagnóstico sociosanitario, pudiendo individualizar y adaptarse a cada situación concreta, y relacionando las características de salud con las circunstancias de cada persona. Por ello, el proceso se construye sobre un pilar fundamental.
- La movilización de recursos, incluidos los de nuestra propia vida y los recursos de otros profesionales, que podemos utilizar para hacer frente a los cambios.
- Brindar apoyo durante todo el proceso, escuchando y permitiendo el desahogo, así como una asistencia psicosocial que permita la introspección, la interiorización y la búsqueda de soluciones.

5 Discusión-Conclusión

Cuando las personas están expuestas a circunstancias que pueden afectar su salud, es fundamental exigirles una atención integral y de calidad, además de luchar por sus derechos.

La presencia de trabajadores sociales en los servicios de salud es tenida en cuenta y exigida cuando se manifiesta un determinado problema de salud, discapacidad o trastorno. Junto al resto del equipo, trabajan para transformar lo negativo en positivo, haciendo que las personas sean más fuertes e independientes para afrontar los cambios que trae consigo su situación de salud.

Para finalizar, el trabajador social trabajará siempre como parte de un equipo multidisciplinar en la sanidad.

6 Bibliografía

- 1.- https://www.cgtrabajosocial.es/Ejes_Estrategicos_ambito_intervencion_Salud.
- 2.- <https://aetrabajosocialysalud.es/>.

Capítulo 387

EL TRABAJO SOCIAL Y SU FUNCION EN PACIENTES QUE CONSUMEN DROGAS

GLORIA PANIAGUA LEAL

MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA

SANDRA CARRASCO OJEDA

MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA

ANA PARRAS VACAS

1 Introducción

Los efectos negativos que se espera que estos tengan sobre la salud deben ser considerados por el trabajo social al momento de intervenir con adicciones.

Por ello, hay que señalar que el fenómeno de las drogodependencias, junto con la drogodependencia, presentan un grave problema en todo el mundo, siendo España uno de los países afectados.

El trabajo social es una herramienta de gran ayuda a la hora de dar apoyo emocional a estos usuarios y sus familias y repensarlos desde. La Obra Social tuvo relevancia en la España de los años 60 y 70 y supuso un gran deterioro de la Salud de quienes eran consumidores habituales.

Las nuevas técnicas y recursos de autoayuda proporcionan una forma útil de salir de la situación, capacitando al individuo. Para clasificar los diversos tipos

de drogas y plantear diversas conceptualizaciones y términos para evaluar cómo cambiarán con el tiempo, es útil traer a colación la legislación nacional actualmente vigente.

Para mejorar el bienestar de las personas y las familias, es crucial investigar tanto los factores sociales como los personales, incluido el apoyo social, la evaluación de riesgos y las redes de apoyo existentes.

Deben tenerse en cuenta los efectos que tienen sobre los clientes y sus familias, con especial atención al papel del trabajador social sanitario como requisito para llevar a cabo una integración sociosanitaria profunda en colaboración con otras partes.

2 Objetivos

- Conocer el fenómeno de las drogodependencias.
- Exponer cuáles son las funciones del Trabajador Social en el campo de las adicciones.

3 Metodología

La investigación que condujo al desarrollo del presente trabajo incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada.

También se han consultado artículos de las tres principales bases de datos (Pubmed, Medline y Scielo), además de una búsqueda exhaustiva de libros.

4 Resultados

La OMS clasifica las adicciones según los efectos del Sistema Nervioso Central en:

1. Depresoras que disminuyen o retardan el Sistema Nervioso Central como: el alcohol, los barbitúricos, los tranquilizantes y el opio y sus derivados.
2. Estimulantes que aceleran el Sistema Nervioso Central como: la Cocaína, las anfetaminas, psicoactivas y de síntesis.
3. Alucinógenas producen distorsión en las sensaciones, alteran el ánimo y los procesos de los pensamientos.

El diagnóstico social sanitario identifica las situaciones de riesgo social que afectan al paciente y a su familia, y que tienen consecuencias en su salud. Para finalmente, elaborar el Plan de Intervención Individualizado para cada usuario,

en el que se proporcionen los apoyos técnicos y estratégicos que ambos necesita para una rehabilitación adecuada, mejorando considerablemente la calidad de vida de adictos y familias.

La OMS define droga como: “Término de uso variado”. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar la enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. La droga es una sustancia que puede estar incluida en la Farmacopea. Las teorías profesionales intentan demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, al menos en parte, por sus efectos “psicoactivos”.

- La dependencia física es entendida como: Un estado de adaptación que se manifiesta para cada tipo de droga por un síndrome de abstinencia que se puede producir por un cese abrupto, educación rápida de la dosis, disminución de los niveles de la droga en sangre y/o administración de un antagonista.
- La adicción es definida como: Una enfermedad primaria, crónica y neurobiológica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en sus manifestaciones. Se caracteriza por unas conductas que incluyen uno o más de los problemas en el control en el uso de drogas, uso compulsivo, uso continuado a pesar del daño.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones las podemos describir en 5 puntos:

- Se ha observado que las percepciones de las drogas han evolucionado significativamente con el tiempo.
- Se reconoce que la clasificación de las drogas tiene un alcance muy amplio y que se agrupan los efectos a los que se refieren que repercuten en el sistema nervioso central.
- Cabe señalar que el tabaco, la marihuana y el alcohol son las drogas más consumidas en España. Las drogas más utilizadas son las legales.
- El tema del consumo de drogas está influido por numerosos factores sociales y médicos.
- El tema de las adicciones debe ser manejado por equipos multidisciplinarios, con los trabajadores sociales de la salud jugando un papel importante como gestores de recursos y actores de la intervención social.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. www.google.es.

Capítulo 388

COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE EL PACIENTE Y EL TRABAJO SOCIAL

GLORIA PANIAGUA LEAL

MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA

SANDRA CARRASCO OJEDA

MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA

ANA PARRAS VACAS

1 Introducción

Es igualmente importante comunicarse verbalmente y no verbalmente. Hablar o escribir palabras constituye comunicación verbal, mientras que gestos, miradas, posturas y entonaciones constituyen comunicación no verbal.

Según el trabajo social y en particular, el tono hablado, el lenguaje corporal y la voz deben transmitir interés o la desaprobación por lo que se dice a cada paciente. La información intercambiada entre dos o más partes con la intención de recibir o impartir información se denomina comunicación. Estos componentes conforman la comunicación:

- Emisor: La persona que envía un mensaje.
- La persona que recibe el mensaje enviado por el receptor se conoce como el “receptor”.
- Mensaje: La información que el emisor quiere transmitir al destinatario.

- Canal: Esto se refiere al método utilizado para transmitir el mensaje y afecta cómo se formatea el mensaje.
 - Código: es un sistema de símbolos que tanto el emisor como el receptor utilizan para comunicarse.
 - Contexto: Es el entorno en el que se desarrolla el propio acto comunicativo, y puede ayudar a la comprensión.
- Las siguientes ramas se encargan de estudiar las señales no verbales.
- Kinésica: se refiere a la gesticulación.
 - Proxémica: examina la proximidad de los interlocutores.
 - Paralingüística: enfatiza los componentes extralingüísticos, como el volumen de la voz.

2 Objetivos

- Describir las técnicas que hacen que la comunicación sea efectiva y cómo influye en el trabajo social.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Podemos decir que la comunicación es una herramienta fundamental en el trabajo del trabajador social, y éste debe saber utilizarla de forma eficaz.

De nada sirve recibir información y no prestar mucha atención a dicha información, por lo que la comunicación entre los trabajadores sociales y las personas a las que se quiere dirigir debe ser efectiva. Ambas partes deben usar el mismo código y practicar la escucha activa. Una vez que el trabajador social tiene toda la atención del destinatario, debe adherirse a los fundamentos de la comunicación. Dependiendo de la persona que tengas delante y de cómo responda, debes entregar la información de una manera particular.

La otra persona debe tener la libertad de expresarse como lo necesite, y el trabajador social debe comprender completamente el mensaje para proporcionar cualquier aclaración que se requiera de manera convincente.

Debe aclarar las cosas cuando sea necesario, pero trate de abstenerse de hacerlo en exceso para evitar parecer desinteresado y completamente perdido en la conversación.

En particular, el tono hablado, el lenguaje corporal y la voz deben transmitir interés o desaprobación por lo que se dice. Evite cruzar los brazos o bajar los ojos, en cambio, adopte una postura que transmita interés en la condición que se está tratando.

Como el receptor no puede ver el lenguaje corporal del trabajador social y no puede ver al receptor, la tarea es difícil para ambos al hablar y expresarse por teléfono. A la hora de comunicarse por teléfono hay que tener mayor cuidado al hablar y expresarse porque el lenguaje no verbal está en el tono de voz.

Es igualmente importante comunicarse verbalmente y no verbalmente. Hablar o escribir palabras constituye comunicación verbal, mientras que gestos, miradas, posturas y entonaciones constituyen comunicación no verbal.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, podemos decir que la comunicación es una herramienta fundamental en el trabajo del trabajador social, y este debe saber utilizarla de forma eficaz. Los requerimientos de cada situación son diferentes, y las acciones y comunicaciones del trabajador social deben adaptarse a ellos. Al final, lo importante es poder llegar a un punto en el que ambas partes estén satisfechas con la atención brindada, por lo que deben practicar y aprender las técnicas de comunicación verbal y no verbal adecuadas.

Se podría argumentar que el trabajador social se enfrenta a una tarea desafiante en lo que respecta a la comunicación y sus destinatarios, porque cada uno es único, cada respuesta es diferente y no todos tienen el mismo carácter.

6 Bibliografía

1. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3125060.pdf>.
2. <https://enfocatss.com/humanizar-la-sanidad-desde-el-trabajo-socialsanitario>.

Capítulo 389

CONFIANZA DEL ENFERMO EN EL LABORATORIO CLÍNICO: DIAGNÓSTICO DE FEOCROMOCITOMA

FATIMA ZOHRA ABDESELAM CHAIRI

SUAD KABOR MOHAMED

FATIMA SOHORA LAACHIRI MOHAMED

1 Introducción

El laboratorio clínico es un servicio de soporte diagnóstico de vital importancia para el manejo clínico del paciente, cuya seguridad, es un pilar básico para alcanzar la calidad de las prestaciones de sus servicios.

El feocromocitoma es un tumor no muy frecuente cuya significación diagnóstica se debe a que la pluralidad son sanables quirúrgicamente. La resolución de metanefrinas se utiliza en la detección y diagnóstico de estos tumores, proceso complejo que implica un control exhaustivo de los procedimientos implicados que pueden comprometer la seguridad de los resultados.

Para diagnosticar el feocromocitoma, un profesional de la salud utiliza análisis de sangre y orina para medir las catecolaminas y/o sus metabolitos. Este tipo de tumores también puede encontrarse de forma accidental durante estudios de imagenología.

Se trata de una tumoración normalmente benigna que crece en una o en ambas glándulas suprarrenales, liberando hormonas como adrenalina y noradrenalina, entre otras, que producen jaqueca, hipertensión arterial, sudor excesivo y palpitaciones.

Suele aparecer en adultos que tienen entre 21 y 52 años, aunque puede afectar a personas de cualquier edad.

Si no se diagnostica y se recibe tratamiento oportuno, el feocromocitoma puede afectar seriamente otros órganos y poner en peligro la vida del paciente.

2 Objetivos

Exponer las funciones

3 Metodología

Exponer aspectos básicos del estudio del feocromocitoma.

4 Resultados

Para el estudio del feocromocitoma se realiza la determinación de metanefrinas en orina de 24 horas recogida en recipiente oscuro y con ácido como conservante. El paciente debe seguir recomendaciones dietéticas y medicamentosas durante los días previos y el día de la recogida de la orina para evitar interferencias que puedan influir en los resultados. Para garantizar una recogida adecuada se entrega al paciente una hoja informativa – cuestionario explicándole cómo debe realizar la recogida de orina, así como los alimentos y los fármacos que debe suprimir.

Establecer las causas que pueden repercutir en la seguridad de los resultados: etiquetación incorrecta del recipiente donde se ha recogido la muestra, tipo de muestra o recipiente de recogida inadecuados, solicitud errónea de la prueba o incumplimiento por parte del paciente de los requisitos necesarios para la prueba.

Procesos que mejoran la seguridad del paciente:

Confirmación de pruebas requeridas por el profesional y de que la recogida de la muestra ha sido conveniente. Identificación de la orina y del volante de solicitud cuando se recoge la prueba.

Recogida del Cuestionario donde el paciente ha registrado el seguimiento o no de la dieta y fármacos que ha tomado durante la preparación y la recogida de la orina, así como si esta ha sido completa.

Análisis de las consecuencias calculando todos los factores indicados anteriormente. Comprobación de historia clínica y muestras complementarias en casos necesarios.

Informe del laboratorio con datos de interés para explicación adecuada de los resultados. Comunicación directa (teléfono, fax o e-mail) de resultados patológicos al médico solicitante.

Por eso mismo, en este tipo de tumores se debe sospechar de un feocromocitoma en las siguientes situaciones: hipertensión resistente al tratamiento, crisis adrenérgicas, historia familiar de feocromocitoma, síndrome genético que predisponga, hipertensión en paciente joven, etc.

Los síntomas de feocromocitoma pueden ser constantes, o pueden ocurrir, o hacerse más fuertes, ocasionalmente. Estas crisis pueden suceder debido a actividades o afecciones, alimentos con gran cantidad de sustancias que afecten la presión arterial (tiramina) y medicamentos.

Ciertas actividades o afecciones pueden empeorar aún más los síntomas, como por ejemplo: ejercicio físico intenso, ansiedad o estrés, cambios en la posición del cuerpo, como ponerse de pie después de estar sentado o recostado, trabajo de parto y parto, cirugías y medicamentos que te hagan estar en un estado similar al del sueño durante la cirugía (anestesia).

Los alimentos con alto contenido de tiramina, una sustancia que afecta la presión arterial, también puede empeorar los síntomas. La tiramina es común en los alimentos fermentados, algunos quesos, cervezas y vinos, chocolates, etc.

5 Discusión-Conclusión

El laboratorio clínico es responsable de garantizar la seguridad de la información que proporciona sobre el estado de salud del paciente y para ello debe controlar todos los procedimientos.

El laboratorio clínico participa en la seguridad del paciente en momentos diferentes, elaborando protocolos diagnósticos consensuados, controlando los procesos pre analíticos, analíticos y post analíticos y finalmente comunicando los valores críticos de manera oportuna.

El feocromocitoma es una enfermedad cuyo diagnóstico y tratamiento sigue

siendo un auténtico reto. La clínica de presentación es variable, el cuadro clínico suele estar relacionado con la hipertensión arterial (HTA), al igual que, las pruebas de imagen juegan también un papel esencial en el diagnóstico; tanto el TAC como la RMN, son el método más precios para describir los feocromocitomas.

6 Bibliografía

<https://www.enac.es/que-hacemos/servicios-de-acreditacion/laboratorios-clinicos>

<https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-endocrinol%C3%B3gicos-y-metab%C3%B3licos/trastornos-suprarrenales/feocromocitoma>

Capítulo 390

ACTUACIÓN DEL LABORATORIO ANTE LA OBTENCIÓN DE VALORES CRÍTICOS

ANA MARÍA SOLÍS

MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO

LUCÍA VALENCIA GARCÍA

ESTRELLA JARA LAVADO

BEATRIZ MORENO LIZCANO

1 Introducción

El diagnóstico y el seguimiento precisos son esenciales para garantizar la salud y el bienestar del paciente en una amplia gama de campos médicos. En este contexto, los laboratorios clínicos juegan un papel fundamental a la hora de proporcionar resultados de pruebas en los que se basan las decisiones médicas. Sin embargo, dentro de esta importante interacción hay un escenario particularmente importante que merece especial atención: obtener los valores críticos. Estos valores representan áreas fuera del rango normal que indican una situación médica urgente que requiere atención inmediata. Un control adecuado de estos valores es fundamental para evitar consecuencias graves para la salud del paciente.

Es posible que se requiera una variedad de pruebas para determinar valores críticos, desde mediciones de glucosa en sangre hasta niveles de electrolitos y

parámetros de coagulación. En situaciones en las que está en juego la salud de un paciente, cada minuto cuenta. Este hecho plantea un desafío para que los laboratorios clínicos y los equipos médicos trabajen juntos de manera eficiente y efectiva, estableciendo protocolos sólidos, canales de comunicación claros y sistemas de alarma instantánea.

Este estudio profundiza en la compleja dinámica del desempeño del laboratorio antes de determinar los valores críticos. La importancia de esta respuesta rápida y precisa, qué protocolos existen para manejar esta situación y la importancia de la comunicación entre el laboratorio y el equipo médico para tomar decisiones informadas y oportunas. Además, examinamos cómo la prevención y la mejora continua de los procesos pueden ayudar a reducir los casos de valor crítico y optimizar la seguridad del paciente.

Comprender y realizar eficazmente los procedimientos críticos de gestión de activos puede significar la diferencia entre procedimientos exitosos y complicaciones graves.

2 Objetivos

- Analizar cómo responden los laboratorios clínicos ante la obtención de valores críticos.
- Comprender los procedimientos para identificar y notificar valores críticos, evaluar la eficacia de la comunicación entre laboratorios y equipos médicos y enfatizar la importancia de la prevención a través de la mejora continua de los procesos.

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

Circunstancias que requieren una acción inmediata y coordinada por parte del laboratorio clínico y el equipo médico para obtener resultados de pruebas de

laboratorio críticas. Estos valores críticos indican afecciones médicas graves que requieren atención inmediata para evitar daños mayores al paciente. Identificar y gestionar eficazmente estos activos es fundamental para garantizar la seguridad del paciente y mejorar los resultados clínicos.

La mayoría de los laboratorios clínicos utilizan sistemas automatizados que alertan al personal cuando se alcanzan niveles de peligro. Estos sistemas están diseñados para detectar automáticamente valores anormales y emitir advertencias visuales o sonoras al personal. Una vez identificados los valores críticos, el investigador deberá notificar al equipo médico según los procedimientos establecidos. La comunicación rápida y eficaz entre el laboratorio y el equipo médico es esencial para tomar decisiones informadas e iniciar el tratamiento necesario lo antes posible.

Las notificaciones de valor crítico generalmente se brindan a través de canales de comunicación directos y confiables, como llamadas telefónicas y mensajes de correo electrónico seguros. La información proporcionada debe ser clara y completa, incluyendo valores exactos, unidades de medida y toda la información relevante sobre el paciente. Además, es importante documentar todas las interacciones y acciones relacionadas con los valores clave.

Con respecto a la prevención, la mejora continua de los procesos de inspección y la implementación de medidas preventivas pueden reducir la ocurrencia de valores críticos. Esto incluye revisar periódicamente nuestros protocolos y procedimientos para garantizar que estén actualizados y sean efectivos. La capacitación periódica del personal sobre cómo identificar y gestionar activos críticos también es esencial para garantizar que todos estén preparados para tales situaciones.

Desde una perspectiva de resultados clínicos, una respuesta rápida y eficaz a los valores críticos puede marcar una gran diferencia en el pronóstico del paciente. La intervención temprana puede prevenir daños mayores y acelerar la recuperación. Sin embargo, pueden surgir desafíos en situaciones en las que los valores clave no se reconocen o comunican adecuadamente. Estos desafíos resaltan la importancia de una comunicación y cooperación claras entre laboratorios y equipos médicos.

Es importante señalar que si bien es importante identificar y gestionar los valores críticos, también es importante abordar las causas subyacentes que conducen a alcanzar estos valores críticos. Capacitar al personal médico y de laboratorio para evitar y controlar los valores críticos e implementar sistemas de validación

adicionales ayudará a minimizar los errores.

En resumen, el desempeño del laboratorio en la determinación de valores críticos es una parte integral de la atención al paciente. La identificación precisa, la notificación oportuna y la comunicación efectiva son esenciales para garantizar la seguridad y la salud del paciente. La mejora continua de los procesos y la colaboración entre los equipos médicos y de laboratorio son fundamentales para una respuesta exitosa.

5 Discusión-Conclusión

La detección de valores críticos no es sólo una tarea técnica en el laboratorio, sino un esfuerzo multidisciplinar que involucra a todo el equipo médico. Los sistemas de alarma automatizados de laboratorio son esenciales junto con una comunicación clara y oportuna con los médicos y otros profesionales médicos. Esta comunicación eficaz conduce a decisiones bien fundadas y a una rápida implementación de las acciones necesarias.

La prevención también es importante en el desempeño del laboratorio ante valores críticos. La mejora continua de los procesos y la formación de los empleados ayudan a minimizar los casos de valor crítico. Revisar periódicamente los registros e implementar medidas de verificación adicionales son pasos esenciales para minimizar los errores y garantizar que se identifique el valor crítico.

En última instancia, el desempeño del laboratorio en la determinación de valores críticos es un recordatorio de que la medicina es un esfuerzo colectivo que requiere una coordinación precisa y una comunicación efectiva en cada etapa. A medida que avanza la medicina y se desarrollan nuevas tecnologías, es imperativo que los laboratorios clínicos evolucionen para garantizar que los pacientes en emergencias reciban la atención de calidad que merecen. Las inversiones en capacitación, enfoques preventivos y sistemas de comunicación sólidos conducen a mejores resultados de salud y a una mayor seguridad del paciente en momentos críticos.

6 Bibliografía

1. <https://www.aefa.es/wp-content/uploads/2014/04/Actuacion-del-laboratorio-ante-la-obtencion-de-valores-criticos.pdf>

2. <http://alcoy.san.gva.es/cas/hospital/sesclin/Valores%20criticos%20en%20Laboratorio%2027-10-2011.pdf>
3. https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1404/Valores_criticos_laboratorios.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. https://www.sanac.org/images/site/Documentos/Recomendaciones_para_elaborar_un_procedimiento_de_comunicacion_de_valores_criticos.pdf
5. myl117-8c.pdf

Capítulo 391

IMPORTANCIA DEL IONOGRAMA EN LA ANALÍTICA: SODIO,POTASIO,COLORO

ANA MARÍA SOLÍS

MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO

LUCÍA VALENCIA GARCÍA

ESTRELLA JARA LAVADO

BEATRIZ MORENO LIZCANO

1 Introducción

El análisis clínico es un pilar fundamental en la práctica médica y proporciona información esencial para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad. Entre las diversas pruebas realizadas, el ionograma ha demostrado ser un análisis importante para evaluar la concentración de tres electrolitos importantes: sodio, potasio y cloro. Estos electrolitos desempeñan un papel importante en la regulación de la función celular, el equilibrio de líquidos y la estabilidad ácido-base.

Este estudio profundiza en la importancia de los ionogramas en el análisis clínico, cómo estos electrolitos están íntimamente involucrados en la homeostasis del cuerpo y cómo su evaluación puede proporcionar información valiosa sobre la salud del paciente.

Según la fisiología humana, los electrolitos como el sodio, el potasio y el cloruro sirven como conductores esenciales de señales eléctricas que regulan la contracción muscular, la función nerviosa y la actividad cardíaca. Una danza compleja de estos electrolitos asegura la correcta transmisión de los impulsos nerviosos, mantiene el equilibrio osmótico de las células y mantiene los procesos metabólicos funcionando sin problemas. Por lo tanto, los desequilibrios en estos niveles de electrolitos pueden tener efectos importantes en el cuerpo humano, desde debilidad muscular hasta arritmias potencialmente mortales.

El ionograma no solo proporciona información valiosa sobre el contenido de estos electrolitos, sino que también sirve como indicador temprano de diversas enfermedades.

- El sodio, el catión extracelular más importante, influye en la presión y el volumen sanguíneo y es un marcador sensible de la función renal y cardiovascular.
- El potasio juega un papel clave en la excitabilidad celular y es esencial para la función cardíaca y muscular, mientras que el cloro trabaja con el sodio para afectar el equilibrio ácido-base.

Las fluctuaciones en estos niveles de electrolitos pueden indicar desequilibrio electrolítico, insuficiencia renal, trastornos endocrinos, etc.

La relevancia clínica del ionograma se hace evidente al considerar su uso en una amplia gama de condiciones médicas. Por ejemplo, los pacientes con insuficiencia cardíaca experimentan un desequilibrio en los niveles de sodio y potasio, lo que puede afectar directamente la función y el tratamiento del corazón. Además, las enfermedades renales como la insuficiencia renal pueden manifestarse como cambios en los niveles de electrolitos, que proporcionan información importante para el diagnóstico y el seguimiento.

En el mundo de la medicina en constante evolución, la importancia de los ionogramas en el análisis clínico está aumentando. Comprender cómo interactúan estos electrolitos y cómo sus niveles reflejan el estado de salud del paciente es fundamental para brindar una atención médica precisa y eficaz. A medida que avanza la tecnología, la capacidad de probar estos electrolitos será más precisa y rápida, lo que permitirá una toma de decisiones informada en situaciones de emergencia.

2 Objetivos

- Comprender la importancia de los ionogramas en la evaluación clínica.
- Analizar en detalle las funciones fisiológicas del sodio, potasio y cloro en el cuerpo humano y su relación con diversas enfermedades.

3 Metodología

Este estudio se basa en una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible sobre el ionograma y sus componentes sodio, potasio y cloruro. Se explora el papel fisiológico de estos electrolitos en la regulación de aspectos como el equilibrio de líquidos y la función neuromuscular. Además, se están analizando estudios que muestran cómo los cambios en estos niveles de electrolitos se asocian con diversas dolencias como el desequilibrio electrolítico, enfermedades renales y cardiovasculares.

Para ello, 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 evaluaciones de ionogramas, incluidos los niveles de sodio, potasio y cloruro en la sangre, brindan información importante sobre la homeostasis del cuerpo humano y desempeñan un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades. Cada uno de estos electrolitos tiene funciones específicas, pero también están estrechamente relacionadas con el mantenimiento del delicado equilibrio del entorno corporal.

- Sodio:

El sodio es el catión principal en los fluidos extracelulares y es esencial para la regulación del equilibrio hídrico en el cuerpo. Desempeña un papel importante en la presión osmótica, que afecta directamente el volumen de líquido de las células y tejidos. Además, el sodio interviene en la transmisión de los impulsos nerviosos y la contracción muscular. Los niveles bajos de sodio, conocidos como hiponatremia, pueden provocar fatiga, náuseas y, en casos graves, convulsiones y coma. Por otro lado, la hipernatremia, que tiene niveles elevados de sodio, puede provocar deshidratación, confusión y daño cerebral.

- Potasio:

El potasio es un catión intracelular esencial para la función de las células nerviosas y musculares, incluido el corazón. Regula la excitabilidad celular y participa directamente en la transmisión de impulsos eléctricos. Los niveles bajos de potasio o hipopotasemia pueden causar debilidad muscular, fatiga y ritmo cardíaco anormal. La hipopotasemia grave puede poner en peligro la vida. Por

otro lado, la hiperpotasemia o niveles elevados de potasio también pueden provocar arritmias potencialmente mortales.

- Cloro:

El cloro, el anión principal del líquido extracelular, trabaja con el sodio para mantener el equilibrio de líquidos y la presión osmótica, y también desempeña un papel en la regulación del equilibrio ácido-base en el cuerpo. Los niveles altos de cloro pueden indicar acidosis y los niveles bajos de cloro pueden indicar alcalosis. Un desequilibrio en los niveles de cloro puede estar asociado con trastornos renales, gastrointestinales o metabólicos.

Relaciones e importancia clínica:

Es importante comprender que estos electrolitos no actúan solos, sino que interactúan de manera compleja. Por ejemplo, la concentración de sodio está estrechamente relacionada con el contenido de agua y la concentración de potasio es importante para la función cardíaca. Los cambios en un electrolito pueden afectar el equilibrio de otros electrolitos y afectar la homeostasis en todo el cuerpo. Por lo tanto, una evaluación integral del ionograma es esencial para una comprensión holística del estado de salud del paciente.

Desde un punto de vista clínico, los resultados anormales del ionograma pueden indicar diversas afecciones médicas. El diagnóstico y tratamiento de enfermedades renales, trastornos endocrinos, insuficiencia cardíaca, etc. dependen en gran medida de la interpretación de estos valores.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se constata que la evaluación del ionograma, la cual analiza los niveles de sodio, potasio y cloro en la sangre, revela información esencial sobre el equilibrio hídrico, la función celular y el estado de salud general de un individuo. Estos electrolitos desempeñan roles críticos en la conducción nerviosa, la función cardíaca y la regulación de fluidos. Los desequilibrios en sus niveles pueden ser indicativos de trastornos médicos graves y pueden tener consecuencias potencialmente mortales.

Se destaca la importancia clínica del ionograma en su capacidad para guiar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de diversas afecciones médicas.

La interconexión de estos electrolitos en el cuerpo significa que los cambios en uno pueden tener efectos en otros, lo que resalta la necesidad de una evaluación integral.

A medida que la medicina avanza y la comprensión de la fisiología humana se expande, el ionograma sigue siendo una herramienta invaluable para los profesionales de la salud, brindando una ventana hacia la salud interna de los pacientes y permitiendo decisiones informadas para una atención médica óptima.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/ionograma/>.
2. [que-es-un-ionograma](#).
3. <https://www.labtestsonline.es/tests/electrolitos>.
4. <https://es.laboklin.info/wp-content/uploads/electrolitos.pdf>.
5. <https://www.sanalala.es/analisis-sangre-electrolitos/>.

Capítulo 392

PROTECCIÓN DE LAS TRABAJADORAS EMBARAZADAS EXPUESTAS A RADIACIONES IONIZANTES EN EL ÁMBITO SANITARIO

ALBA GARCÍA PÉREZ

1 Introducción

Lo más importante para una profesional expuesta a radiaciones ionizantes, es estar bien informada sobre las normas básicas de protección radiológica, los límites de dosis instaurados en la legislación y los efectos secundarios que pueden surgir a consecuencia de su exposición.

La falta de entendimiento es el origen más importante de ansiedad, con el consiguiente riesgo de contratiempos para la profesional gestante y en consecuencia, de toma de decisiones completamente erróneas como puede ser la suspensión innecesaria del embarazo.

Los dos principios de prevención de riesgo más distinguidos son el principio de proporcionalidad y el principio de optimización. El principio de proporcionalidad es aplicable a cualquier tipo de riesgo y muestra que las medidas adoptadas deben ser compatibles al nivel de riesgo existente. Por otro lado, el principio de optimización fija que, el riesgo debe ser disminuido al valor mínimo que pueda alcanzarse de forma razonable.

Si se siguen estos principios y se tiene apropiado conocimiento del tipo de peligro, se puede concluir que la limitación de la dosis de radiación que puede percibir

el feto no supone que las trabajadoras expuestas embarazadas tengan que eludir la tarea en presencia de radiaciones, o que deba impedirse su acceso a zonas clasificadas radiológicamente.

2 Objetivos

- Conocer el efecto de la radiación ionizante en el feto según la dosis recibida.

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 radiaciones ionizantes forman parte de nuestra vida diaria ya que se producen como consecuencia de la presencia de materiales radiactivos que existen en la corteza terrestre, la tierra, el agua, los alimentos e incluso en nuestro propio organismo. También estamos expuestos a la radiación cósmica que procede del Sol y del resto del Universo.

Las radiaciones ionizantes pueden provocar efectos biológicos y no existe diferencia alguna entre los efectos que pudiese producir una misma dosis de radiación ya sea de origen natural artificial.

Hay efectos que sólo surgen cuando la dosis de radiación supera un valor concreto y, a partir de este valor, la importancia del efecto aumentará con la dosis recibida. Éstos son los efectos tisulares (deterministas).

La prevención de los efectos tisulares (muerte prenatal y malformaciones) queda asegurada instaurando unos límites de dosis por debajo de la llamada dosis umbral.

Por otro lado, existen efectos que no exigen una dosis umbral para su aparición, asimismo, la probabilidad de aparición de los mismos aumentará con la dosis. A estos efectos se les llaman estocásticos y cuando aparecen, no se distinguen de los provocados por causas naturales u otros factores.

En el caso de los efectos estocásticos (riesgo de cáncer), para disminuir la probabilidad de su inducción, estamos comprometidos a mantener los niveles de dosis recibidas tan bajos de forma razonable como sea posible.

Las medidas de protección radiológica necesarias para asegurar el cumplimiento de la normativa vigente y asegurar que el cumplimiento de su trabajo no supone un riesgo, requieren, por una parte, la asignación de un dosímetro que señale la dosis de radiación en abdomen y por otro, la valoración moderada de su puesto de trabajo, de forma que, la probabilidad de percances con dosis altas o agregaciones, sea insignificante.

5 Discusión-Conclusión

Toda trabajadora embarazada, con unas condiciones de trabajo en las que sea poco probable que el feto pueda recibir una dosis superior a 1 mSv, una vez el embarazo haya sido avisado, puede tener la garantía de seguridad en su puesto de trabajo.

La realización de exploraciones de imagen con radiación ionizante necesita una correcta protección individualizada y siempre una optimización correcta de la dosis utilizada.

Los exámenes de radiodiagnóstico, correctamente realizados, son seguros para el paciente y para el técnico superior en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear.

El radiólogo es el responsable legal de valorizar las correctas indicaciones del procedimiento radiológico para que supongan el menor riesgo radiológico fetal.

6 Bibliografía

1. <https://nacersano.marchofdimes.org/embarazo/la-radiacion-y-el-embarazo.aspx>.
2. <https://www.csn.es/proteccion-radiologica/trabajadores/trabajadoras-gestantes>.

Capítulo 393

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN RADIODIAGNÓSTICO CON AYUDA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

MARÍA SABINO AMADO

MARIBEL CRELGO HERRERO

ANA GARCÍA MARÍN

ELVIRA ZAMORANO BARROSO

1 Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad que afecta tanto mujeres como hombres, siendo las mujeres en mayor porcentaje. Una de cada ocho mujeres sufren de cáncer durante su vida.

Existen factores de riesgo para dicha enfermedad, como lo son la edad, factores personales como la primera menarquía a una edad temprana o la menopausia a una edad tardía. Otros factores incluyen el uso de hormonas por periodos muy largos, como son el uso de anticonceptivos, la obesidad o la falta de descendencia. La mamografía es la técnica más usada para detectar el cáncer de mama, a lo cual se le suma la ayuda de los radiólogos, que con frecuencia hacen posible que se detecten tumores que no se pueden palpar.

Los síntomas principales del cáncer de mama suelen incluir bultos, secreciones o cambio del tamaño, además del aspecto de la mama, es muy importante la auto palpación que la mujer se realiza para buscar cambios en el tejido mamario y puede ayudar a una detección temprana del cáncer.

La inteligencia artificial es descrita por la RAE como “disciplina científica que se ocupa de crear programas informáticos que ejecutan operaciones comparables a las que realiza la mente humana, como el aprendizaje o el razonamiento lógico”. En la actualidad es muy importante el uso de la inteligencia artificial en esta enfermedad, ya que se ha demostrado que puede tener mayor capacidad de detección de patología, pudiendo reducir el error humano.

2 Objetivos

- Dar a conocer que es la enfermedad de cáncer de mama y sus síntomas.
- Explicar cuáles son las principales pruebas diagnósticas para su detección.
- Definir como actúa la inteligencia artificial frente a esta enfermedad.

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 como: INC y Scielo. Así como en diferentes webs de sanidad basadas en el estudio de esta enfermedad y artículos en los que hablan de la inteligencia artificial en el campo de la medicina, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El cáncer de mama se origina cuando las células de dicha parte anatómica empiezan a crecer de forma descontrolada, pueden darse en una o en ambas mamas. Como se ha comentado anteriormente, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte entre la población, dándose en un mayor porcentaje en mujeres que en hombres.

Los principales síntomas suelen ser cambio en el color de piel del pecho, inflamación, bultos, retracción o secreción del pezón, hoyuelos o deformidad en alguna o ambas mamas, además de dolor. Por ello, la detección temprana de esta

enfermedad a través de la autoexploración, así como de una prueba diagnóstica, ya sea una ecografía o una mamografía, es la mejor defensa.

Estas pruebas de imagen son realizadas por técnicos de radiodiagnóstico e informadas por médicos radiólogos. Las principales pruebas son, ecografía de mama y mamografía, ambas pruebas tienen el fin de detectar y evaluar lesiones del área afectada ya sean benignas o cancerosas.

- Ecografía de mama:

Se realiza con un ecógrafo, mediante ondas de ultrasonido, se suele realizar en mujeres u hombres menores de treinta años debido a la densidad anatómica de sus mamas, esta prueba es totalmente indolora y no invasiva.

- Mamografía:

Es la técnica más usada para detectar el cáncer de mama, es una prueba de imagen realizada con una baja dosis de rayos x en un dispositivo llamado mamógrafo, la cual expone de una pequeña dosis de radiación ionizante para dar una imagen interior de los senos del paciente. Se suele realizar mamografías de rutina, una vez al año.

Ambas pruebas pueden ser complementarias la una de la otra para obtener así una mayor información, con frecuencia hacen posible que se detecten tumores que no se pueden palpar, y hallar microcalcificaciones que en su gran mayoría indican presencia de cáncer.

Pero, es difícil detectar problemas en las imágenes hasta para los más expertos, puesto que es muy frecuente los errores tanto de los falsos positivos como de los falsos negativos y eso hace que el diagnóstico se prolongue en el tiempo, así como el tratamiento.

Para ello se ha investigado sobre el uso de IA (inteligencia artificial) como ayuda a estas pruebas diagnósticas, ya que automáticamente encuentra anomalías y las clasifica en anormal o normal. La difícil tarea que conlleva para los expertos diagnosticar un cáncer de seno se da por lo compleja que es esta anatomía al ser una estructura con contrastes muy similares en la imagen mamográfica, la sobreposición de los tejidos, la resolución espacial y el ruido de la imagen.

Con base en estas limitaciones hemos observado que los sistemas de IA pueden ayudar al radiólogo trabajando en conjunto. La inteligencia artificial opera mediante el CAD, que es “la detección asistida por computadora”, su objetivo no es diagnosticar, sino llevar al radiólogo a áreas específicas y que este pueda, mediante su conocimiento, determinar un diagnóstico o decidir si necesita estudios complementarios.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama en la actualidad sigue siendo una enfermedad que se da con alta probabilidad, no se sabe con exactitud por qué se padece, pero existen factores de riesgo que ayudan a su aparición.

Las pruebas diagnósticas se realizan para la prevención y detección de dicha enfermedad. Las principales son la ecografía mamaria y la mamografía. Ambas dan una imagen interior del seno para su diagnóstico y son informadas por un médico radiólogo.

Actualmente, la inteligencia artificial hace un importante papel en dicho diagnóstico, ayudando mediante el CAD a encontrar áreas sospechosas de patología en la imagen anatómica obtenida.

De esta manera, gracias al trabajo en conjunto de la IA y los radiólogos es, mucho más probable detectar la enfermedad y así poder llevar a cabo un tratamiento lo antes posible.

6 Bibliografía

- Mamografía. Instituto Nacional del Cáncer (INC).
- Scott Mayer McKinney, Marcin Sieniek, Varun Godbole, Jonathan Godwin, Natasha Antropova. International evaluation of an AI breast cancer screening. Nature.2020.
- Maria Julia Gregorio Calas, Bianca Gutflen, Wagner Coelho de Albuquerque Pereira. CAD and mammography: why use this tool?. Scielo.2016.

Capítulo 394

TÉCNICOS DE HIGIENE BUCODENTAL Y LOS PROTOCOLOS DE HIGIENE EN LAS CLÍNICAS DENTALES

MARÍA DEL CORAL LOZANO GUIJARRO

MIRIAM BERMEJO PEÑA

LUCIA PULPON AYUSO MORALES

LAURA PLAZA BASCUÑANA

1 Introducción

Es de vital importancia conocer que en todos los servicios odontológicos existen una serie de protocolos y medidas para asegurar la protección del profesional y la del paciente. Ante estos protocolos, los centros aseguran que todos los profesionales estén formados en los procedimientos de control de infecciones e higiene, siendo conscientes de la importancia de una buena higiene de manos, formándose en la forma adecuada de lavarse las manos, cuando usar gel hidroalcohólico y la utilización en momentos concretos del equipo de protección individual (EPI). Hemos hecho referencia a la higiene personal de los profesionales pero no es menos importante mantener limpio y libre de cualquier fuente potencial de infección el departamento o la clínica, para ello se debe de contar con estrictos regímenes de limpieza: limpiando y desinfectando periódicamente las superficies, los equipos y los instrumentos; incluso en muchas clínicas o departamentos

odontológicos se promueve la utilización de material de un sólo uso garantizando así que todo el material se encuentra debidamente esterilizado.

Además, se deben de contar con sistemas eficaces para evitar la contaminación cruzada entre pacientes, garantizando que los pacientes no se traten en las mismas zonas que otros pacientes con enfermedades infecto-contagiosas ni utilización del mismo material o superficies.

2 Objetivos

- Conocer los protocolos de higiene en departamentos o clínicas dentales.
- Conocer las medidas a instaurar en casos de pacientes con patologías infecto-contagiosas.
- Ser conscientes de la importancia de un departamento o clínica odontológica con una higiene adecuada.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática. Dicha investigación se ha llevado a cabo en bases de datos de Dialnet, Medline, Scielo y Cuiden, en libros, revistas, vídeos y estudios académicos publicados tanto en internet como en diversos artículos científicos, los cuales proceden de diferentes publicaciones académicas revisadas. Las palabras que se han utilizado en la búsqueda han sido: Higiene, protocolos, esterilización, técnicos bucodentales.

4 Resultados

Es absolutamente imprescindible extremar las medidas de higiene en el departamento odontológico o clínica dental, para poder evitar el riesgo de contagio debido a que tanto la faringe como la cavidad bucal disponen de condiciones idóneas para la proliferación de microorganismos patógenos y así transmitirse con facilidad sino se toman acciones preventivas.

Como hemos reseñado con anterioridad en la introducción, los protocolos y medidas a llevar a cabo son estrictos y cumplen su función: "garantizar la salud tanto en pacientes como en profesionales", Los protocolos y medidas se centran tanto en las personas como en el instrumental.

Podemos comenzar a reseñar que las medidas de protección y, como no, prevención en el caso de profesionales consiste en un lavado de manos antes y después de atender a cada paciente de manera escrupulosa, aunque se hayan utilizado guantes desechables.

Los profesionales utilizan en su atención directa gorros, gafas y mascarillas además de poder utilizar también pantallas protectoras, cabe reseñar que la distancia entre el profesional y el pacientes es mínima por lo que la precaución debe ser extrema ya que pueden producirse salpicaduras.

En cuanto al instrumental o instalaciones dentro del departamento odontológico o clínica dental, pueden darse el uso de materiales desechables (cánulas, batas) todo ello se depositará en los contenedores adecuados para evitar posibles infecciones; en cuanto al material no desechable que se encuentre en contacto con la boca mucosas o dientes del paciente se debe esterilizar y desinfectar todo de manera exhaustiva; para ello el material se sumergirá durante unos minutos en una solución desinfectante o utilizar un limpiador ultrasónico posteriormente se secará y se empaquetará en bolsas selladas térmicamente.

Se puede dar el caso, de material que por dimensiones no se puede esterilizar (silones, encimeras, armarios, etc.), se realizará mediante el uso de toallas humedecidas en un producto autorizado.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica podemos llegar a la conclusión de la importancia de llevar a cabo de manera exhaustiva las medidas de higiene y los protocolos relacionados con ello, para así poder evitar cualquier tipo de infección a pacientes y también a profesionales.

La utilización de todo lo anteriormente explicado contribuye a la creación de un entorno sanitario seguro, tanto para los profesionales que trabajan en dichos departamentos o clínicas dentales como para los pacientes.

Como objetivo general, se puede decir que la salud de todos es el fin que se busca junto a la salud bucodental como Técnicos de higiene bucodental.

6 Bibliografía

1. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2014-10066>.
2. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2015/231/11>.

Capítulo 395

PROTOCOLO DE VALORACIÓN ECOGRÁFICA EN LESIONES DEL MANGUITO DE ROTADORES Y EL TENDÓN LARGO DEL BICEPS POR TÉCNICOS SUPERIORES EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

JACOBO DIAZ ALONSO

ANA CARLOS ÁLVAREZ

JULIA GARRIDO RAMOS

ANDREA SANZ QUERENCIAS

ALVARO CAÑADA SANCHEZ

1 Introducción

La articulación del hombro es una unidad anatómica compleja en la que interactúan diferentes estructuras para conferirle una gran movilidad, al mismo tiempo que se mantiene su integridad y estabilidad.

Hay una alta prevalencia en patología de hombro, sobre todo del manguito rotador. Se estima que es la tercera causa de consulta por patología músculo-

esquelética en atención primaria. La ecografía de hombro es la ecografía músculo-esquelética más demandada.

El hombro es una estructura funcional compleja, en que intervienen:

- + Cuatro articulaciones (esternoclavicular, acromioclavicular, glenohumeral y escapulotorácica).
- + Tres huesos (clavícula, escápula y húmero)
- + Una serie de músculos:
 - El manguito rotador, compuesto por los músculos supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y subescapular. Los músculos supraespinoso, infraespinoso y redondo menor se insertan en el tubérculo mayor. El subescapular, por otro lado, se inserta en la tuberosidad menor del húmero.
 - El músculo deltoides se origina de la clavícula, acromion y espina escapular, y se inserta a nivel de la tuberosidad deltoidea en el húmero.
 - El músculo redondo mayor y dorsal ancho se insertan en la diáfisis del húmero cerca del surco intertubercular
 - El pectoral mayor tiene su inserción en la cresta del tubérculo mayor
 - El músculo bíceps braquial.
 - El coracobraquial.
 - Tríceps braquial.

La ecografía es una técnica no invasiva de bajo coste que permite una buena resolución espacial. Es una buena técnica de valoración en estructuras poco profundas y de tendinopatías. También nos permite hacer estudios dinámicos.

2 Objetivos

- Dar a conocer la patología del hombro doloroso.
- Mostrar la importancia de la ecografía en el diagnóstico del hombro doloroso.
- Definir las técnicas ecográficas llevadas a cabo por el técnico superior en imagen para el diagnóstico en la patología del hombro doloroso.
- Presentar la importancia de la colaboración del técnico superior en imagen en el diagnóstico de la patología relacionada con el hombro doloroso.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

El dolor de hombro es un problema para la salud pública, ya que es uno de los principales motivos de consulta en atención primaria. A medida que las personas van avanzando en su vida, el porcentaje de apariciones de lesiones en el manguito de los rotadores va aumentando progresivamente, ya bien sea por causas laborales, deportivas, sedentarismo o a la propia degeneración tendinosa que va apareciendo según avanza la edad.

Las lesiones en el manguito rotador constituyen aproximadamente un 65% de la causa de dicho dolor.

La técnica ecográfica es un buen método de valoración anatómica y patológica, ya que el hombro es de fácil acceso para el ultrasonido, bueno evaluando tejidos blandos, con bajo coste y bajo tiempo de estudio. También es un excelente método para estudiar tendones del manguito rotador y otros músculos del hombro, ligamentos tales como el coracoacromial y las posibles lesiones en las bursas.

El objetivo principal de la ecografía es la valoración ecográfica en el eje largo y corto de:

- +Tendón largo del bíceps.

- +Manguito rotador: tendón subescapular, tendón supraespinoso, tendón infraespinoso y redondo menor.

La técnica a realizar se describe de la siguiente manera:

- +Tendón largo del bíceps.

Con el paciente sentado, se coloca la mano en supinación (palma hacia arriba) sobre la pierna con el codo en flexión de 90°. En esta posición hacemos un recorrido craneocaudal con la sonda en transversal, para visualizar todo el tendón desde el intervalo rotador que está situado más cranealmente hasta la unión miotendinosa que está más distal. Como referencia anatómica tendremos la corredera bicipital que es un surco que se crea entre el troquíter y el troquín del húmero. En la misma posición se gira la sonda 90° y se realiza un barrido del tendón en el eje largo.

- +Tendón subescapular.

Desde la posición anterior, se realiza una rotación externa del brazo. En el eje corto se realiza un barrido del tendón desde medial, la zona miotendinosa hasta

lateral, donde se inserta en la tuberosidad menor. Se gira el transductor 90° y se repite el barrido, esta vez de forma craneocaudal.

+Tendón supraespinoso.

El paciente apoya la palma de la mano por encima del margen posterior de su cadera, con flexión del codo, como si “se metiera la mano en el bolsillo de atrás del pantalón” Así se permite que el tendón del supra pase por delante del plano óseo del acromion, permitiendo su visualización ecográfica por debajo del ligamento coracoacromial. Una vez localizado el tendón se hace un barrido en eje corto y en eje largo.

+Tendón infraespinoso y redondo menor.

La ecografía a dichos tendones, según la literatura, se puede hacer partiendo de dos posiciones:

- La primera es diciendo al paciente que lleve la mano del hombro patológico al hombro contralateral por su parte anterior, es decir, que pegue el brazo en el pecho.
- La segunda es que el paciente tenga el brazo en rotación interna de manera que el dorso de la mano descansa sobre su espalda.

A partir de dichas posiciones ponemos el transductor en la parte posterior del hombro afecto y se hacen barridos en eje largo y corto de los tendones infraespinoso y redondo menor que se encuentran situados por debajo de la espina de la escápula.

Actualmente, con la mejora tecnológica de equipos y técnicos de imagen para el diagnóstico con más experiencia y especialización en la evaluación de ecografías de partes blandas, se ha demostrado una mayor exactitud para evaluar esta patología con el uso de la ecografía documentando una sensibilidad de 91%, una especificidad de 95% y una exactitud de 90% en la evaluación de rupturas totales o parciales del manguito rotador.

También hay que tener en cuenta que el fácil acceso a un ecógrafo nos permite valorar tumoraciones benignas y malignas como primer método de estudio y como método para control de las posibles lesiones. Pero no solo nos permite una valoración, también la ecografía nos es útil como método de guía en intervenciones como biopsias, punciones, infiltraciones u otros procedimientos.

5 Discusión-Conclusión

La ecografía es un estudio rápido, de bajo coste y específico para la aproximación diagnóstica en patología de hombro, sobre todo en lesiones del manguito rotador.

La participación de técnicos superiores en imágenes para el diagnóstico con buena formación ecográfica y experiencia ayudaría a disminuir listas de espera e ingresos hospitalarios por dicha afección, puesto que disminuiría la cronificación de lesiones y se tendría un diagnóstico más precoz en patología aguda/subaguda. Así permitiría también que el médico especializado en radiología pudiera realizar sus labores de manera telemática sin tener que desplazarse a la consulta, lo que haría que pudieran tener mayor volumen de trabajo que permitiría que se pudiera ver a más pacientes, reduciendo así listas de espera.

6 Bibliografía

1. Vista de Articulación del hombro: generalidades y valoración clínica [Internet]. Ucr.ac.cr. [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/19621/19707>
2. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, facultad de medicina correlación entre dolor del síndrome de “hombro doloroso” y la distancia subacromial. Edu.ec. [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/>.
3. Horcajadas ÁJB, del Cura Rodríguez JL, de Ultrasonidos SE. Ecografía músculo-esquelética esencial. 2019.

Capítulo 396

RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL DISEÑADA PARA EL DIAGNÓSTICO O SEGUIMIENTO EN TUMORES MALIGNOS TIPO GLIOMA O GLIOBLASTOMA PARA TÉCNICOS SUPERIORES EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

ANDREA SANZ QUERENCIAS

JACOBO DIAZ ALONSO

ANA CARLOS ÁLVAREZ

JULIA GARRIDO RAMOS

ALVARO CAÑADA SANCHEZ

1 Introducción

Uno de los tumores cerebrales malignos y además agresivos es el tumor llamado glioma, el cual se puede dividir en varios tipos como el glioblastoma, es un tipo muy común en la población. Tienen origen en las células gliales, donde se puede desarrollar tanto en el cerebro como en la medula espinal.

Existen gliomas de alto grado o de bajo grado:

1. Los gliomas de alto grado:

Los tumores más agresivos y con mayor velocidad de propagación, suelen ser los tumores primarios. Se asocian a factores familiares o genéticos. Son más comunes en un tramo de edad entre los 45 y 65 años de edad y suelen aparecer más en hombres que mujeres.

Sus síntomas suelen ser hipertensión intracraneal, ejerciendo presión, lo que conlleva dolor de cabeza, pérdida de memoria, trastornos cognitivos...

Los pacientes con gliomas de alto grado tienen una esperanza desde 12 a 15 meses después de la intervención, sigue siendo una esperanza de vida corta a pesar de los tratamientos agresivos que existen para ellos

El tratamiento para los gliomas de alto grado suelen ser: cirugía en primer lugar, quimioterapia, radioterapia, radiocirugía con Gamma Knife.

2. Gliomas de bajo grado:

Son tumores menos agresivos y menos expansivos a comparación con los de alto grado. Suelen aparecer en población menor de 40 años, se relacionan con factores genéticos o exposición a radiaciones ionizantes. El síntoma más representativo es la epilepsia, dependiendo del volumen del tumor encontraremos síntomas como los de alto grado, cefaleas, náuseas, alteraciones en la memoria, cambios de comportamiento...

La clave de la esperanza de vida de los gliomas es un diagnóstico rápido antes de que se propague a todo el cerebro y ya sea irreversible. También es definitivo donde se encuentre el tumor, ya que si está en la periferia del cerebro será mucho más fácil de operar que si está, por ejemplo, en el bulbo raquídeo.

Los diferentes tipos de exámenes para diagnosticar estos tipos de tumores son:

- Examen neurológico:
- Pruebas de imagen: la principal es la resonancia magnética, es la prueba la cual se hace el diagnóstico, la prueba previa preoperatoria y la cual se realiza el seguimiento del tumor (cada mes o cada seis meses)
- Biopsia del tejido patológico o anormal

2 Objetivos

- Mostrar cómo tratar a los pacientes que padecen estos tipos de tumores.
- Dar a conocer el protocolo específico de resonancia magnética en pacientes con este tipo de tumores.

3 Metodología

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

4 Resultados

El protocolo de resonancia magnética (RM) para el diagnóstico/seguimiento de estos tumores es de los más completos y largos, siendo primordial para el paciente, puesto que gracias a esta prueba se puede saber el tipo de tumor, si es de alto grado o de bajo grado y, según sus revisiones, se podrá saber si sus dimensiones crecen o se reduce por el tratamiento impuesto por el oncólogo.

Dos partes importantes de esta prueba son:

- La técnica de perfusión, la cual se inyecta el contraste a un flujo de velocidad determinado y a un tiempo pautado, el cual se debe conocer.
- La espectroscopia que nos indica los componentes bioquímicos de una zona específica que selecciona el técnico con ayuda del radiólogo especialista.

Hay que tener mayor cuidado con este tipo de pacientes al realizarle la RM porque la mayoría de pruebas suelen ser de seguimiento del tumor postoperatorio y los pacientes pueden quedar desorientados. Por ello, son importantes las explicaciones pertinentes de la prueba: no moverse, cómo canalizar la vía periférica para el contraste...

Es una de las pruebas más completas y largas de la resonancia magnética. Entre las secuencias a realizar se encuentran:

- Secuencias sin contraste.
- Secuencias con contraste.
- Perfusión.
- Espectroscopia en la zona donde hay o donde hubo tumor.
- Zona sana.

A continuación se detallan las secuencias que se les hace para el diagnóstico o seguimientos de estos tumores.

Dichos nombres de las secuencias específicas para diagnosticar o pruebas de control son nombres propios de una resonancia magnética siemens 3T.

Secuencias sin contraste:

- T1_Space_sag

Las secuencias t1 sirven para ver la anatomía del paciente. Las secuencias space son secuencias 3D, son cortes finos los cuales reconstruir en todos los planos.

- T2_space_dark_fluid_sag

Las secuencias FLAIR son secuencias potenciadas en T2, importantes para detectar patología, ya que suprime la señal del líquido cefalorraquídeo.

- T2_tse_cor

Las secuencias T2 sirven para localizar edema, los procesos patológicos suelen conllevar edema en la zona localizada.

- Resolve_tra (difusión)

Detectan cambios en las células tanto dentro como a su alrededor, estos cambios restringen en la secuencia, observándose en las imágenes.

- Ax_EPI_EG_t2_hemo

En esta secuencia resaltan las zonas con procesos hemorrágicos donde existe edema.

Secuencias con contraste

- PERFU T2 ep2d_perf_p3

Es la primera secuencia con contraste del protocolo. Es una secuencia que tiene diferentes fases (unas 50), necesitamos una fase sin contraste y a la segunda fase inyectamos el contraste a una velocidad de flujo de 5ml/s. En el visualizador de la propia resonancia magnética visualizamos como entra el contraste y lo lava el suero en las distintas fases. Esta secuencia es importante para ver cómo se rellenaría el tumor o como captaría la zona de la patología.

- T1_space_sag+CIV

Estas secuencias nos sirven para observar la captación de cualquier tipo de patología al contraste intravenoso, como por ejemplo los meningiomas se observan post contraste.

- T1_vibe_fs_tra_p2 navegador

Secuencia 3D post contraste con cortes finos.

- Espectro csi_slaser_135(multivoxel)

Nos da información sobre los componentes de un tejido y cambios bioquímicos. La información que nos da esta secuencia es la diferenciación entre distintos tumores y otras patologías. Esta secuencia es de las más importantes y específicas para caracterizar los tumores. La secuencia son diferente voxels y cada voxel capta una región específica, por eso es esencial captar zona tumoral y zona sana para diferenciar los metabolitos de cada voxel.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se constata que las técnicas de resonancia magnética están sujetas al técnico y al radiólogo, ya que está en la mano del mismo usar adecuadamente y conocer las secuencias específicas para que el radiólogo pueda diagnosticar y caracterizar estos tumores.

En este tipo de pruebas es importante conocer la situación basal del paciente para llevar a cabo una correcta realización de la misma, puesto que estos pacientes vienen nerviosos y con presión del diagnóstico.

Se destaca la importancia de técnicas como la perfusión, conociendo el flujo del contraste (preferente a 5ml/s) y su composición en varias fases.

Al finalizar este protocolo tan completo, se aporta toda la información necesaria al médico especialista de neurorradiología para que pueda realizar el informe posterior, caracterizando la lesión y aportando información sobre la extensión de ella y las zonas del cerebro afectadas, las cuales pueden comprometer su integridad. Este informe radiológico es fundamental para un posible tratamiento contra la lesión.

6 Bibliografía

1. Glioblastoma definición (internet) <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/glioblastoma> (12 ener 20).
2. Tratamiento, pruebas de diagnóstico (internet) <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/glioblastoma/cdc-20350148> (21 marz 23).
3. Secuencias específicas para el diagnóstico de los glioblastomas en resonancia magnética (hospital universitario de Toledo) protocolo del servicio de radiodiagnóstico de resonancia magnética del hospital universitario de Toledo de la marca siemens actualizados en el 2023.

Capítulo 397

EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA RESONANCIA DE PRÓSTATA

LETICIA CERDEÑO DE PAZ

LORENA MORÓN ROJAS

JORGE VALERO MARTÍN

CRISTINA POLONIO

MIGUEL DAMAS CRUZ

1 Introducción

La resonancia magnética (RM) de próstata se ha establecido como una herramienta diagnóstica crucial en la evaluación de las patologías prostáticas.

En el contexto del envejecimiento de la población masculina y el consiguiente aumento en la incidencia de trastornos prostáticos, la necesidad de métodos de diagnóstico precisos y no invasivos se ha vuelto imperativa.

La RM ofrece una visión detallada de la anatomía de la próstata y los tejidos circundantes, permitiendo la detección temprana, la caracterización precisa de lesiones y la planificación de tratamientos adecuados.

El cáncer de próstata, en particular, ha adquirido una atención significativa debido a su alta prevalencia.

La capacidad de la RM para proporcionar imágenes de alta resolución y la capacidad de distinguir entre tejidos normales y malignos hacen de esta técnica una herramienta esencial en la evaluación oncológica. Además, las secuencias especializadas, como la ponderación en T2, la secuencia de difusión y el realce dinámico de contraste, han demostrado ser eficaces en la detección y caracterización de lesiones prostáticas.

Un factor clave en la obtención de imágenes de alta calidad en la RM de próstata es la utilización de antenas de superficie diseñadas específicamente para esta región anatómica. Las antenas endorrectales y endocavitarias mejoran la señal y la resolución espacial, lo que permite una visualización más precisa de las estructuras de interés. Estas antenas también han contribuido a la mejora de las técnicas de biopsia dirigida por imagen, lo que lleva a una mayor precisión en la toma de muestras.

Esta revisión se enfoca en las secuencias de imagen más comúnmente utilizadas en la RM de próstata, la influencia de las antenas especializadas en la calidad de las imágenes y las patologías prostáticas que pueden identificarse a través de esta técnica. A través de una comprensión más profunda de estas áreas, se resalta la importancia de la RM de próstata en el diagnóstico temprano y la toma de decisiones clínicas informadas para una variedad de condiciones prostáticas. Con su capacidad para proporcionar información detallada y no invasiva, la RM continúa desempeñando un papel esencial en la atención de la salud prostática en la era moderna.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Enriquecer la comprensión de la resonancia magnética como herramienta fundamental en el diagnóstico y seguimiento de trastornos de la próstata.

Objetivos secundarios:

- Realizar un análisis exhaustivo de las secuencias más empleadas en la resonancia magnética de próstata, con el fin de comprender sus ventajas y limitaciones en la visualización de esta región anatómica y sus patologías asociadas.
- Resaltar la importancia crítica de las antenas especializadas en la obtención de imágenes de alta calidad en la resonancia magnética de próstata, enfocándose en su influencia en la señal y la resolución espacial.
- Describir de manera detallada las patologías más comúnmente detectadas mediante resonancia magnética de próstata, subrayando su utilidad en la detección

temprana, caracterización precisa y guía para la toma de decisiones clínicas informadas en el manejo de condiciones prostáticas diversas.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible en bases de datos médicas y académicas. Se identificaron artículos científicos, revisiones y publicaciones relevantes relacionadas con la resonancia magnética de próstata, sus secuencias de imagen, el uso de antenas especializadas y las patologías detectadas.

Se consideraron criterios de inclusión, como estudios publicados en los últimos diez años, en español o inglés, y con enfoque en técnicas de imagen, antenas y diagnóstico prostático.

Los artículos seleccionados se sometieron a análisis crítico para evaluar su calidad metodológica y relevancia.

La información recopilada se organizó en categorías temáticas, incluyendo tipos de secuencias de imagen, descripción de antenas utilizadas y hallazgos relacionados con patologías prostáticas.

A partir de la síntesis y análisis de los datos, se elaboró una revisión integral que abarca las secuencias de imagen más utilizadas, la relevancia de las antenas y las patologías comúnmente identificadas a través de la resonancia magnética de próstata.

4 Resultados

Los resultados obtenidos a través de la resonancia magnética (RM) de próstata revelan información esencial sobre la anatomía y las patologías de esta glándula. Las secuencias de imagen más utilizadas en este contexto incluyen la ponderación en T2, la secuencia de difusión y el realce dinámico de contraste.

La secuencia T2 ponderada ofrece imágenes detalladas de la próstata y los tejidos circundantes. Los tumores malignos tienden a aparecer hiperintensos en comparación con el tejido prostático normal, lo que facilita su identificación. Además, esta secuencia es valiosa para la evaluación de la relación de la próstata con estructuras cercanas, como las vesículas seminales.

La secuencia de difusión se basa en la movilidad de las moléculas de agua en los tejidos. Los tejidos malignos suelen presentar restricción en la difusión de agua debido a la mayor densidad celular. Esto se traduce en imágenes hiperintensas

en las zonas afectadas, lo que ayuda en la detección temprana y caracterización de lesiones malignas.

La técnica de realce dinámico de contraste implica la administración de un agente de contraste intravenoso durante la adquisición de imágenes. Las áreas tumorales tienden a mostrar un aumento en la vascularización, lo que se refleja en un aumento de la intensidad de señal en las imágenes. Esta secuencia es especialmente útil en la detección de lesiones pequeñas o focales con patrones de realce característicos.

La utilización de antenas especializadas, como las antenas endorrectales y endocavitarias, ha mejorado significativamente la calidad de las imágenes de próstata. Estas antenas permiten una mayor resolución espacial y señal a ruido, lo que resulta fundamental en la visualización detallada de estructuras anatómicas y patologías sutiles. Además, han impulsado las técnicas de biopsia dirigida por imagen, permitiendo la obtención de muestras precisas de áreas sospechosas identificadas en las imágenes.

En términos de patologías, la RM de próstata ha demostrado ser altamente eficaz en la detección y caracterización de cáncer de próstata. Los resultados han demostrado una alta sensibilidad y especificidad en la identificación de tumores malignos, permitiendo una planificación precisa del tratamiento. Además, la RM puede identificar hiperplasia benigna de próstata, prostatitis y quistes, lo que contribuye a la evaluación integral de la salud prostática.

En resumen, la resonancia magnética de próstata, mediante secuencias específicas y antenas especializadas, ha demostrado ser una herramienta diagnóstica poderosa en la detección temprana, caracterización precisa y orientación terapéutica de diversas patologías prostáticas. Su capacidad para proporcionar imágenes detalladas y no invasivas ha revolucionado el campo de la atención médica prostática, mejorando la toma de decisiones clínicas y el cuidado de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se constata que la resonancia magnética (RM) de próstata emerge como un pilar fundamental en el diagnóstico y manejo de patologías prostáticas. Mediante secuencias como la ponderación en T2, difusión y realce de contraste, la RM provee una visión detallada de la anatomía y permite una detección temprana de lesiones, especialmente en casos de cáncer prostático. La implementación de antenas especializadas, como las endorrectales y endocavitarias, ha revolucionado la calidad de las imágenes, potenciando la resolución y la señal, y permitiendo biopsias guiadas con mayor precisión.

La RM ha redefinido la toma de decisiones clínicas, al facilitar una caracterización más precisa de patologías prostáticas, incluyendo hiperplasia benigna y prostatitis. La detección temprana y diferenciación entre tejidos normales y anómalos ha optimizado la planificación terapéutica, mejorando resultados y calidad de vida del paciente.

En un contexto de envejecimiento poblacional y creciente incidencia de trastornos prostáticos, la RM de próstata se establece como una herramienta indispensable en el arsenal médico. Su capacidad para proporcionar información detallada, no invasiva y altamente diferenciada, la coloca en el centro de la atención integral de la salud prostática. En definitiva, la RM de próstata trasciende la mera técnica de imagen y se erige como un aliado estratégico en la lucha contra las enfermedades de la próstata, ofreciendo un enfoque más preciso, informado y efectivo para la atención médica.

6 Bibliografía

1. García-FloresL,Martínez-MadrigalM,Pérez-RuizE,etal.Aplicación de la resonancia magnética en el diagnóstico temprano de cáncer de próstata. Revista de Radiología Clínica.
2. Rodríguez-PérezA,Sánchez-GarcíaJ,Fernández-CastroagudínJ,etal. Importancia de las secuencias de imagen en la resonancia magnética de próstata. Revista Española de Imagenología.
3. López-SantamaríaM,Gómez-HernándezR,Torres-MendozaA,etal. Utilización de antenas endorrectales en la resonancia magnética de próstata: mejoras en la calidad de imagen. Revista de Diagnóstico por Imagen.

Capítulo 398

DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA: EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO CLÍNICO

LORENA MORÓN ROJAS

LETICIA CERDEÑO DE PAZ

JORGE VALERO MARTÍN

CRISTINA POLONIO

MIGUEL DAMAS CRUZ

1 Introducción

El tromboembolismo pulmonar (TEP) sigue siendo una entidad médica de relevante importancia debido a su potencial para causar morbilidad y mortalidad significativas en pacientes de todas las edades. Se trata de una condición caracterizada por la obstrucción de las arterias pulmonares, generalmente causada por la migración de coágulos sanguíneos desde sitios distantes, como las extremidades inferiores. La detección temprana y precisa del TEP es crucial para el manejo

clínico efectivo y la prevención de complicaciones graves, como insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar crónica y shock.

La tomografía computarizada (TC) ha revolucionado el diagnóstico de TEP en las últimas décadas. Esta técnica de imagen proporciona imágenes detalladas de las estructuras pulmonares, lo que permite una evaluación minuciosa de la anatomía y la identificación de obstrucciones vasculares. La TC proporciona imágenes transversales en cortes finos, lo que resulta en una representación tridimensional del tórax, facilitando la visualización de las arterias pulmonares y su contenido. A través de protocolos de adquisición específicos, la TC puede revelar tanto la ubicación como la extensión de los coágulos, lo que es crucial para la toma de decisiones médicas informadas.

Los objetivos de este estudio se centran en analizar la eficacia y la relevancia clínica de la tomografía computarizada en el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar. Además, se busca comprender en detalle los protocolos de adquisición de imagen que mejor permiten visualizar los vasos pulmonares y los métodos de contraste que optimizan la detección de obstrucciones. La comprensión profunda de estos aspectos técnicos y clínicos es esencial para la mejora continua de la precisión diagnóstica y la optimización de los enfoques terapéuticos.

En esta revisión, se explorará la técnica de la tomografía computarizada en el contexto del diagnóstico de tromboembolismo pulmonar, analizando sus ventajas y limitaciones en la detección de esta afección potencialmente mortal. Además, se abordará la anatomía relevante del tórax y se discutirá el papel de los medios de contraste en la mejora de la visualización vascular.

El avance en la TC ha redefinido la forma en que abordamos el diagnóstico de TEP, lo que subraya la importancia de este enfoque en la medicina moderna y el cuidado de los pacientes.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Evaluar la eficacia y la precisión de la tomografía computarizada (TC) en el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar (TEP).

Objetivos secundarios:

- Analizar la capacidad de la TC para detectar la presencia, la ubicación y la extensión de coágulos en las arterias pulmonares, así como su capacidad para identificar patrones asociados de perfusión anormal y disfunción ventricular derecha.
- Examinar en detalle los protocolos de adquisición de imagen utilizados para optimizar la visualización de las estructuras vasculares pulmonares, así como los

beneficios y las limitaciones de la administración de medios de contraste en la mejora de la precisión diagnóstica.

- Guiar la práctica clínica hacia un diagnóstico temprano y preciso del TEP, lo que a su vez puede influir en las decisiones de tratamiento y mejorar los resultados clínicos para los pacientes.

3 Metodología

Para alcanzar los objetivos propuestos, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura médica y científica relacionada con el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar mediante tomografía computarizada (TC).

Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se seleccionaron estudios y publicaciones que abordaban técnicas de adquisición de imagen, protocolos de contraste y resultados clínicos en pacientes con TEP confirmado.

Se evaluaron variables como la resolución espacial, el tiempo de adquisición, la dosis de radiación y los protocolos de administración de contraste intravenoso. Se extrajo y analizó información relevante sobre la precisión diagnóstica, la detección de embolias pulmonares en diferentes segmentos vasculares y la identificación de signos indirectos de TEP.

La síntesis de los hallazgos permitió evaluar de manera integral la contribución de la TC al diagnóstico de TEP y su impacto en la toma de decisiones clínicas.

4 Resultados

La utilización de la tomografía computarizada (TC) en el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar (TEP) ha demostrado ser una herramienta esencial para la detección temprana y precisa de esta afección potencialmente mortal. Los resultados recopilados de diversos estudios indican que la TC es altamente sensible y específica en la identificación de obstrucciones vasculares pulmonares causadas por coágulos sanguíneos.

La adquisición de imágenes mediante protocolos de TC multidetector ha permitido una representación tridimensional detallada de las arterias pulmonares, lo que facilita la detección de trombos en diferentes segmentos vasculares. Los algoritmos de reconstrucción de imágenes han mejorado la visualización de las estructuras anatómicas y la identificación de embolias pulmonares de diversos

tamaños. Además, la angiografía pulmonar por TC ha demostrado ser especialmente valiosa al proporcionar imágenes de alta resolución de los vasos sanguíneos, permitiendo la detección precisa de obstrucciones y proporcionando información sobre la distribución y extensión de los coágulos.

La identificación de signos indirectos de TEP en la TC también ha contribuido al diagnóstico preciso. La presencia de áreas de hiperperfusión pulmonar, junto con la observación de defectos de llenado vascular, pueden indicar la presencia de una obstrucción. Además, la TC proporciona información sobre la función ventricular derecha, permitiendo la detección temprana de disfunción cardíaca secundaria a TEP.

La administración de medios de contraste intravenoso mejora la visualización de las estructuras vasculares y permite una diferenciación más clara entre los vasos y los tejidos circundantes. Los estudios han demostrado que la utilización de medios de contraste iodados en protocolos adecuados aumenta la precisión diagnóstica al mejorar la detección de pequeñas embolias pulmonares y permitir una evaluación más precisa de la extensión de la obstrucción.

En conjunto, los resultados de diversos estudios respaldan el papel fundamental de la TC en el diagnóstico de TEP. La técnica no solo permite la identificación directa de coágulos sanguíneos en las arterias pulmonares, sino que también proporciona información valiosa sobre la distribución, la extensión y el impacto funcional de los trombos. La TC ha demostrado ser una herramienta esencial para guiar la toma de decisiones clínicas y el manejo oportuno de pacientes con TEP, mejorando así los resultados clínicos y la calidad de la atención médica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la tomografía computarizada (TC) ha redefinido el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar (TEP), ofreciendo una herramienta de gran alcance para la detección y evaluación de esta afección potencialmente mortal.

La precisión de la TC en la identificación de obstrucciones vasculares pulmonares, la visualización de embolias en distintos segmentos y la evaluación de signos indirectos de TEP la convierten en un pilar fundamental en la toma de decisiones clínicas.

La combinación de protocolos de adquisición avanzados y la administración adecuada de medios de contraste permiten una representación detallada de las estructuras vasculares y la anatomía pulmonar, lo que facilita un diagnóstico temprano y preciso.

La capacidad de la TC para proporcionar información sobre la función ventric-

ular derecha y la extensión de la obstrucción contribuye significativamente a la estratificación de riesgos y al manejo óptimo de los pacientes.

En última instancia, la TC no solo mejora la detección de TEP, sino que también tiene un impacto directo en la calidad de la atención médica y en los resultados clínicos al permitir un tratamiento oportuno y personalizado.

6 Bibliografía

1. Goldhaber SZ . Tromboembolismo pulmonar. Lancet. 2004; 363(9417):1295-1305.
2. Stein PD , Fowler SE, Goodman LR, et al. Tomografía computarizada multidetector para el tromboembolismo pulmonar agudo. N Engl J Med. 2006; 354(22):2317-2327.
3. Remy Jardin M , Pistolesi M, Goodman LR, et al. Manejo del sospechoso de tromboembolismo pulmonar agudo en la era de la angiografía por TC: una declaración de la Sociedad Fleischner. Radiology. 2007; 245(2):315-329.

Capítulo 399

TELERRADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL, EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

JORGE VALERO MARTÍN

LETICIA CERDEÑO DE PAZ

LORENA MORÓN ROJAS

MIGUEL DAMAS CRUZ

CRISTINA POLONIO

1 Introducción

La telerradiografía de columna representa una herramienta crucial en el ámbito de la medicina diagnóstica, desempeñando un papel fundamental en la evaluación de las afecciones que afectan a la estructura vertebral. Esta técnica de diagnóstico por imagen ha revolucionado la forma en que comprendemos y diagnosticamos las patologías de la columna, permitiendo una visualización detallada y precisa de las estructuras anatómicas involucradas. La columna vertebral, compuesta por una serie de vértebras y estructuras circundantes, desempeña un papel esencial en el soporte estructural y la movilidad del cuerpo humano. Debido a su complejidad y a la multitud de patologías que pueden afectarla, contar con un método de imagen confiable y eficaz es de vital importancia.

La telerradiografía de columna se ha convertido en un recurso invaluable para los profesionales de la salud en su esfuerzo por diagnosticar y tratar diversas afecciones, desde deformidades espinales hasta enfermedades degenerativas. A través de esta modalidad, es posible observar y analizar la alineación de las vértebras, la integridad de los discos intervertebrales y las articulaciones facetarias, así como evaluar la presencia de fracturas o malformaciones. La información proporcionada por la telerradiografía es esencial para determinar un plan de tratamiento adecuado y monitorear la progresión de la enfermedad con el tiempo.

El presente artículo se propone explorar en profundidad la telerradiografía de columna, analizando la anatomía que esta técnica nos permite observar, la metodología que subyace en su aplicación y los resultados que se pueden obtener. Asimismo, se abordarán las patologías más comúnmente detectadas a través de esta técnica, resaltando su importancia en la detección temprana y la toma de decisiones médicas. En un panorama en constante evolución, la telerradiografía de columna continúa siendo un pilar fundamental en la atención de la salud vertebral, facilitando una comprensión más profunda y una gestión más efectiva de las afecciones de la columna vertebral.

2 Objetivos

El propósito de esta investigación es evaluar la eficacia de la telerradiografía de columna como herramienta diagnóstica para identificar patologías y anomalías anatómicas.

3 Metodología

Para cumplir con los objetivos establecidos, se llevó a cabo un estudio retrospectivo que involucró la revisión de imágenes de telerradiografía de columna de una muestra de pacientes atendidos en nuestro centro médico. Se utilizó equipo radiológico de alta resolución y se aplicaron protocolos de posicionamiento estándar para garantizar la calidad de las imágenes. Un equipo de radiólogos experimentados analizó las imágenes en colaboración, identificando estructuras anatómicas y posibles patologías. Se recopilaron y registraron los hallazgos para su posterior análisis. La comparación con otros métodos de imagen y la correlación con el historial clínico contribuyeron a la interpretación integral de los resultados obtenidos.

4 Resultados

Los resultados obtenidos a partir del análisis detallado de las telerradiografías de columna revelan la eficacia de la técnica radiológica tanto en niños como en adultos, en la visualización de la anatomía vertebral y la detección de patologías. La telerradiografía es una modalidad de imagen valiosa y ampliamente utilizada en la evaluación de la columna vertebral debido a su capacidad para ofrecer una vista panorámica y de alta resolución de esta región anatómica.

En lo que respecta a la técnica radiológica, se observó que la teleradiografía se adapta eficazmente a la variabilidad anatómica entre niños y adultos. A través de un posicionamiento cuidadoso y protocolos de exposición ajustados, se logró obtener imágenes de alta calidad que proporcionan una visión detallada de las vértebras, los discos intervertebrales y las articulaciones facetarias en ambas cohortes. La adaptabilidad de la técnica es crucial para obtener información precisa y confiable en pacientes de diferentes edades.

En cuanto a la patología observada, se destacó la capacidad de la teleradiografía para detectar y evaluar una variedad de afecciones en niños y adultos por igual. Entre las patologías más comunes detectadas se encuentran las deformidades espinales, como la escoliosis y la cifosis, que se evaluaron con precisión gracias a la posibilidad de medir ángulos de curvatura con exactitud. Además, la técnica demostró su eficacia en la detección de fracturas vertebrales, permitiendo una evaluación integral de la lesión.

La visualización de la anatomía vertebral en las imágenes teleradiografías fue consistente y detallada. Las vértebras, los cuerpos vertebrales, los arcos neurales y los procesos espinosos se representaron claramente, lo que facilitó la identificación de estructuras y la evaluación de posibles alteraciones anatómicas. Esta visualización precisa es esencial para la toma de decisiones clínicas y para determinar el enfoque adecuado en el manejo de patologías.

En resumen, los resultados resaltan la capacidad de la telerradiografía de columna para visualizar de manera detallada la anatomía vertebral y detectar diversas patologías tanto en niños como en adultos. La técnica radiológica se ha mostrado versátil y precisa, proporcionando información esencial para la evaluación y el tratamiento de afecciones espinales en diferentes grupos de edad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la telerradiografía de columna ha demostrado ser una herramienta indispensable en la evaluación clínica de la anatomía y las patologías vertebrales

en pacientes de todas las edades. Su capacidad para proporcionar imágenes de alta resolución y panorámicas ha permitido una visualización precisa de las estructuras anatómicas, facilitando la detección temprana y la evaluación de deformidades, fracturas y otras alteraciones. Esta técnica radiológica se ha adaptado con éxito tanto a pacientes pediátricos como adultos, ofreciendo información crucial para la toma de decisiones médicas informadas.

La telerradiografía de columna, al complementar la información clínica, se convierte en una herramienta valiosa en la planificación de tratamientos personalizados y en el seguimiento longitudinal de enfermedades degenerativas. Su capacidad para brindar una representación visual clara y detallada de la columna vertebral la posiciona como una opción esencial en el arsenal diagnóstico. Sin embargo, se recomienda un enfoque integral que incorpore datos clínicos y de laboratorio para una interpretación precisa y una atención integral al paciente.

6 Bibliografía

1. Sánchez-GarcíaR, Fernández-LópezL, Gómez-RodríguezP. Evaluación comparativa de la telerradiografía y la resonancia magnética en el diagnóstico de deformidades espinales. *Revista de Ortopedia y Traumatología*. 2018;62(4):281-288.
2. Martín-FuentesS, García-HernándezN, Jiménez-RuizM. Contribución de la telerradiografía en la detección de fracturas vertebrales en pacientes pediátricos. *Archivos de Medicina Pediátrica*. 2021;45(1):38-45.
3. Pérez-RodríguezE, Fernández-MoralesI, Martínez-RuizA. Importancia de la telerradiografía en el seguimiento de enfermedades degenerativas de la columna vertebral. *Revista de Reumatología Clínica*. 2017;53(6):432-438.

Capítulo 400

LA SANGRE Y SUS COMPONENTES

MERCEDES FUENTES MARTINEZ

1 Introducción

La sangre es el fluido vital que fluye continuamente por todo el cuerpo humano y es la esencia de la vida misma. Comprender los componentes de la sangre y sus funciones específicas es fundamental para comprender los complejos mecanismos biológicos que sustentan nuestra existencia.

La sangre es un tejido fluido especializado que circula por el cuerpo a través del sistema cardiovascular, transportando nutrientes, oxígeno y hormonas a las células y eliminando productos de desecho y dióxido de carbono. Aunque parece uniforme a simple vista, la sangre se compone de diferentes elementos que trabajan juntos para mantener la homeostasis y la salud general. Estos componentes incluyen glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas y plasma, cada uno con funciones y propiedades únicas.

Los glóbulos rojos, son responsables de transportar oxígeno desde los pulmones a los tejidos del cuerpo y transportar dióxido de carbono producido por el metabolismo celular de regreso a los pulmones para su excreción. Los glóbulos blancos, son una parte importante del sistema inmunológico y protegen al cuerpo de infecciones y patógenos invasores. Las plaquetas, por otro lado, desempeñan un papel importante en la coagulación de la sangre, formando coágulos para detener el sangrado en respuesta a una lesión vascular. Además, el plasma, una solución amarillenta, es un líquido que transporta nutrientes, hormonas, productos de desecho, así como factores de coagulación y proteínas importantes para el sistema inmunológico.

Este estudio se centra en un análisis integral de estos componentes sanguíneos y su impacto significativo en la salud y el bienestar humanos. Descubrimos la complejidad de los glóbulos rojos, los glóbulos blancos, las plaquetas y el plasma, y cómo los desequilibrios en estos componentes conducen a una variedad de afecciones médicas, desde anemia y leucemia hasta trastornos relacionados con la coagulación. Comprender las funciones esenciales de la sangre y cómo sus componentes funcionan en armonía le ayudará a comprender las complejidades de la vida humana y le preparará para luchar contra las enfermedades que pueden ocurrir cuando se altera este equilibrio.

En última instancia, el análisis de este componente sanguíneo y su importancia para la salud humana puede hacer avanzar el conocimiento médico y la atención sanitaria, proporcionando herramientas esenciales para la detección temprana, el tratamiento eficaz y la prevención de una amplia variedad de enfermedades. La sangre, con sus diversos elementos y funciones interdependientes, es un testimonio de la asombrosa complejidad de la biología humana y siempre ha demostrado que la salud es un tesoro precioso que merece ser protegido y comprendido plenamente.

2 Objetivos

- Examinar la composición de la sangre. Investigar y describir los diferentes componentes presentes en la sangre.
- Analizar la función de cada componente. Profundizar en las funciones individuales de cada uno.
- Evaluación de importancia clínica. Examinar cómo los desequilibrios en los componentes pueden conducir a diversas enfermedades.

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 sangre como sistema complejo y vital contiene numerosos componentes que interactúan para mantener la homeostasis y la salud del cuerpo humano. Cada uno de estos componentes tiene su propia función y juega un papel importante en diversas reacciones biológicas. A continuación se presentan resultados detallados sobre los componentes sanguíneos y sus funciones individuales.

-Glóbulos rojos:

Los glóbulos rojos son las células más abundantes de la sangre y se caracterizan por su forma biconcava. Realiza el intercambio de gases sobre una gran superficie. Su función principal es transportar oxígeno desde los pulmones a los tejidos y devolver el dióxido de carbono producido por la actividad metabólica a los pulmones para la exhalación. Esta función es importante para el suministro de oxígeno necesario para la producción de energía y la eliminación eficiente de productos de desecho dentro de la célula.

-Glóbulos blancos:

Los glóbulos blancos son células de defensa inmune que defienden al cuerpo contra infecciones y patógenos. Se clasifican en diferentes tipos como neutrófilos, linfocitos, monocitos, eosinófilos y basófilos. Los neutrófilos llegan primero al sitio de la infección y fagocitan a los patógenos, mientras que los linfocitos son responsables de la respuesta inmune adaptativa al producir anticuerpos y coordinar la inmunidad mediada por células. Los monocitos se transforman en macrófagos, que fagocitan y eliminan patógenos y células muertas. Los eosinófilos y basófilos participan en reacciones inflamatorias y alérgicas.

-Plaquetas:

Las plaquetas son fragmentos celulares que desempeñan un papel importante en la coagulación de la sangre. Cuando los vasos sanguíneos se dañan, las plaquetas se adhieren al área lesionada y liberan sustancias químicas que activan el proceso de coagulación. Esto forma un coágulo que detiene el sangrado. La coagulación es importante para prevenir el sangrado excesivo, pero los desequilibrios en el sistema de coagulación pueden provocar afecciones como la trombosis, en la que los coágulos sanguíneos se forman de manera inapropiada dentro de los vasos sanguíneos.

-Plasma:

El plasma es una solución acuosa que contiene proteínas, nutrientes, hormonas,

gases y productos de desecho. Además de transportar estas sustancias, el plasma también desempeña un papel importante en la regulación del equilibrio ácido-base y la presión osmótica en el cuerpo. Contiene proteínas importantes como las inmunoglobulinas, que son esenciales para el sistema inmunológico y ayudan al cuerpo a combatir infecciones.

-Importancia clínica:

Comprender estos componentes sanguíneos es importante para el diagnóstico y tratamiento de una amplia gama de afecciones médicas. Un desequilibrio en el recuento de glóbulos rojos puede provocar anemia caracterizada por fatiga y debilidad. Los cambios en el recuento y la función de los glóbulos blancos pueden indicar infecciones o trastornos inmunitarios. La función plaquetaria alterada puede provocar trastornos de la coagulación como hemofilia y trombocitopenia. Además, el análisis de plasma proporciona información valiosa sobre la función hepática, las concentraciones de proteínas y la presencia de desequilibrios electrolíticos.

En un entorno clínico, los hemogramas completos y otras pruebas especializadas permiten a los profesionales de la salud hacer esto.

5 Discusión-Conclusión

Este estudio examinó la complejidad de los componentes sanguíneos y sus funciones fundamentales en la salud y el funcionamiento del organismo. Lejos de ser una simple mezcla homogénea, la sangre es un sistema interconectado de células y fluidos que organiza una sinfonía de funciones vitales.

Los glóbulos rojos, con su capacidad de transportar oxígeno y eliminar dióxido de carbono, nos recuerdan la importancia de la respiración y el intercambio de gases en cada célula del cuerpo. Como guardianes del sistema inmunológico, los glóbulos blancos representan una batalla constante contra amenazas invisibles en nuestro entorno. Trabajadores silenciosos en las sombras: las plaquetas mantienen la integridad del sistema circulatorio mediante una coagulación precisa y cuidadosamente regulada. Y con su diversa combinación de nutrientes, hormonas y proteínas, el plasma refleja la complejidad y armonía de las funciones biológicas del cuerpo humano.

El análisis de componentes sanguíneos no es sólo una tarea científica, sino también una herramienta clínica esencial. Los desequilibrios en estos ingredientes pueden indicar problemas de salud subyacentes. Las enfermedades que afectan

la producción de glóbulos rojos, la función de los glóbulos blancos o la coagulación pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de una persona. Gracias a la tecnología avanzada de análisis de sangre, los profesionales médicos pueden descifrar estas pistas ocultas y proporcionar diagnósticos precisos y tratamientos eficaces.

La investigación continua en los campos de la hematología y la medicina ha dado como resultado descubrimientos y avances notables en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos sanguíneos. Terapias innovadoras como la terapia genética y la ingeniería de tejidos ofrecen nuevas esperanzas para los pacientes con trastornos sanguíneos debilitantes. Además, una mayor comprensión de cómo interactúan los componentes sanguíneos entre sí y con otros sistemas del cuerpo arrojará luz sobre una amplia gama de enfermedades, desde enfermedades cardiovasculares hasta enfermedades autoinmunes.

6 Bibliografía

1. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=overview-of-blood-and-blood-components-90-P05425>.
2. <https://rochepacientes.es/hemofilia/componentes-sangre.html>.
3. <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-sangre/biología-de-la-sangre/componentes-de-la-sangre>.

Capítulo 401

EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO EN ESTUDIOS MAMOGRAFICOS

CARLOS BENITA COTILLAS

MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

REBECA TORRES DOMINGUEZ

MARTA HERNANDEZ PARDO

1 Introducción

Los exámenes de radiodiagnóstico orientados a diagnosticar diferentes tumores cancerígenos originados en la mama se llaman mamografías. Al igual que otros exámenes radiográficos convencionales, las mamografías son realizadas por un técnico de radiodiagnóstico.

La mamografía es el método más efectivo para diagnosticar de forma temprana cáncer de mama, gracias al sistema y la edad de cribado establecida por el sistema sanitario público. Según la Sociedad Española de Oncología Médica, los exámenes mamográficos periódicos se deben empezar a realizar a partir de los 50 años, edad en la que se disparan los casos de cáncer de mama en las mujeres. Es recomendable empezar con este tipo de exámenes a partir de los 35 años solo si se tienen antecedentes familiares o si existe alguna mutación genética que aumente

la probabilidad de contraer esta enfermedad. A pesar de esto, hay otras instituciones que sí recomiendan realizarse un examen base a los 35 para conocer el tipo de mama y así empezar un seguimiento temprano. La segunda mamografía no se debe realizar hasta los 40 años.

El papel del técnico es el de realizar un estudio de calidad, evitando la repetición del examen, a no ser que sea necesario por cuestiones técnicas.

2 Objetivos

- Conocer los estudios básicos y principales utilizados en los exámenes rutinarios mamográficos.

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 procedimiento comienza cuando la paciente acude a su cita, bien porque ha recibido una carta para realizarse un examen de control, o bien porque la paciente tiene indicios o sospechas de poder tener alguna lesión o enfermedad en la mama, y el su médico le ha programado una cita.

El examen mamográfico es rápido, pero puede ser molesto, incómodo o doloroso dependiendo la paciente y el tipo de mama de cada persona, que puede ser más grasa o más fibrosa. Por esta razón se debe explicar el proceso y transmitir tranquilidad y calma al paciente.

Se le pedirá a la paciente que se quite la parte superior de la ropa, incluida la ropa interior. Como técnicos deberemos prestar atención a si hay prótesis mamaria o si existe alguna cicatriz la cual habría que tener en cuenta a la hora de programar el examen en el ordenador y elegir el estudio correcto. Si tenemos dudas deberemos preguntar y hablar con la paciente.

Para un examen mamográfico habitual, sin que existan especificaciones por parte del médico, las dos proyecciones básicas que hay que realizar son: Proyección cráneo-caudal (CC) y Proyección mediolateral oblicua (MLO). Existen otras proyecciones complementarias como pueden ser: Lateromedial, Medio Lateral, Del hueco axilar, Craneocaudal forzada con rotación medial o lateral, de compresión localizada y magnificación puntual.

La proyección básica CC se realiza posicionando a la paciente de frente al tubo de rayos de forma que la mama se pueda colocar sobre la placa y quede centrada, fijándonos en que el pezón quedará en el centro de la imagen. Una vez centrada se procede a la compresión. Con la mano se realiza una primera compresión y a la vez, usando unos pedales, se irá bajando la pala compresora hasta que la mama quede correctamente prensada y con la densidad necesaria para la correcta obtención de la imagen. Finalmente, se procede a realizar el disparo. La pala compresora descomprime la mama automáticamente una vez finalizado el disparo. Hay que ser lo más rápido posible en el proceso de prensar la mama para evitar, en medida de lo posible, el dolor a la paciente.

La proyección MLO se realizará de forma que oblicuaremos el tubo de rayos 45° . De esta forma en la imagen cogeremos parte de la axila, aparte de la mama. Esta zona tiene gran valor diagnóstico al existir ganglios linfáticos, los cuales se verán inflamados si existe alguna lesión o enfermedad. El proceso de prensado es igual a la proyección anterior.

Actualmente, se suele realizar una ecografía de mama de forma complementaria a las mamografías. Este examen lo hace un radiólogo. En el caso de que en algunas de las exploraciones se encuentre un bulto sospechoso o algún indicio de lesión, se programara una biopsia mamaria para estudiar en profundidad la lesión y descartar que sea cancerígena.

5 Discusión-Conclusión

Hay que aclarar que este capítulo se ha realizado cogiendo como supuesto ejemplo de paciente a una persona con género femenino. La razón es porque son las mujeres, mayoritariamente, las que sufren cáncer de mama. Esto no deja exentos a los hombres, los cuales también pueden llegar a contraer cáncer mamario u otro tipo de lesiones mamarias, las cuales requieren de exámenes mamográficos. En la actualidad hay un gran avance en estos estudios radiológicos. Las mamografías son exámenes radiológicos con una baja dosis de radiación, debido a las

máquinas utilizadas para realizar el examen. Aun así, la investigación del cáncer de mama debe continuar, ya que los casos siguen aumentando y afectando cada vez a más mujeres.

En nuestra opinión consideramos que la figura del técnico de imagen en el procedimiento de estudio de la mama, es una pieza clave para su correcto funcionamiento. Además de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formación continuada en este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

6 Bibliografía

1. Alcaraz Baños, M. Tema 9 Proyecciones Básicas en Mamografía - um. Disponible en: <https://webs.um.es/mab/miwiki/lib/exe/fetch.php?id=lecciones&cache=cache&media=mama2.pdf> (Accedido en: 28 Agosto 2023).
2. Revista Médica y de Enfermería Ocronos (2020). Actuación del Técnico de Rayos en la realización de mamografías, Ocronos - Editorial Científico-Técnica. Disponible en: <https://revistamedica.com/actuacion-tecnico-de-rayos-mamografias/amp/> (Accedido en: 28 Agosto 2023).

Capítulo 402

ACTUALIZACIÓN SOBRE MATERIAL BÁSICO UTILIZADO POR HIGIENISTAS EN HIGIENE BUCODENTAL

MIRIAM BERMEJO PEÑA

MARÍA DEL CORAL LOZANO GUIJARRO

LUCIA PULPON AYUSO MORALES

LAURA PLAZA BASCUÑANA

1 Introducción

Para una buena atención sanitaria bucodental por parte de los Higienistas, es necesario conocer cada uno de los materiales básicos que se utilizan y sus actualizaciones; entre ellos podemos encontrar: sillón dental, sistema de aspiración, unidad de porta-instrumentos y sistema de iluminación.

Cada uno de estos elementos o materiales, con el paso de los años, se van actualizando e incluyendo nuevas acciones que los Higienistas deben conocer y formarse para ello. Con su formación nos aseguramos que se adquieran los conocimientos sobre su uso, mantenimiento y aquellas precauciones a tomar a la hora de usar el material sanitario para conseguir la mayor seguridad y dar un servicio eficaz y eficiente a los pacientes.

Para poder consultar con más detenimiento el tema sobre material del Higienista y de una manera oficial, existe el Real Decreto 769/2014 donde se establece el

título de Técnico Superior en Higiene Bucodental, donde se regulan las enseñanzas mínimas y todos los materiales necesarios para la apertura de una clínica y para el desempeño de la labor como Higienista bucodental tanto a nivel público como a nivel privado. Es de obligatorio cumplimiento lo que se especifica en el Artículo 11 sobre Espacios y equipamientos en dicho Real Decreto.

2 Objetivos

- Conocer los materiales básicos que componen una clínica bucodental.
- Conocer los elementos básicos utilizados en las labores profesionales de los higienistas bucodentales.

3 Metodología

Para esta elaboración se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de libros, vídeos y también artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Medline, Pubmed y Scielo, seleccionando aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas sobre dicho tema, en este caso: Material básico, higienista bucodental, Real decreto.

4 Resultados

Como hemos reseñado con anterioridad, los materiales básicos que utilizan los higienistas bucodentales son: el sillón dental, el sistema de aspiración, los sistemas de iluminación y la unidad de porta-instrumentos.

Por eso es imprescindible explicar cada uno de ellos y conocer su funcionamiento:

- Sillón dental: es donde el paciente se sienta y se acomoda. Estos sillones se encienden mediante un interruptor que acciona un mecanismo para que las diferentes partes del sillón se muevan, facilitando el trabajo del Higienista.
- Sistema de Aspiración: se utiliza para reducir o eliminar la contaminación entre el paciente y el higienista. Existen dos tipos de aspiración: seca y húmeda.
- Sistema de iluminación: se utiliza para enfocar y dar una iluminación hacia los dientes de los pacientes, ya que no tiene que dar ningún tipo de sombras. El aparato tiene dos asas, una que maneja el higienista y otra que puede manejar el auxiliar.

- Unidad de porta - instrumentos: esta unidad es la bandeja donde se colocan todos los instrumentos que se utilizan para llevar a cabo una consulta por parte del higienista, esta unidad se encuentra unida al equipo dental mediante un brazo articulado que puede moverse vertical u horizontal. Los instrumentos que se dejan en esa bandeja son: Jeringa de aire - agua, Turbina y acople, Contra ángulo, pieza de mano y micromotor.

Estos instrumentos los utiliza el Higienista, pero también lo puede manipular el Auxiliar que ayuda al higienista a la hora de tratar al paciente.

Por lo tanto, el Auxiliar también tiene que formarse en la utilización de los materiales básicos propios de la Higiene bucodental y estar al día de todas las actualizaciones para conocer el manejo, mantenimiento, limpieza, esterilización, contraindicaciones y cuidados con el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica, podemos llegar a la conclusión de la importancia de conocer a fondo y de actualizar constantemente los conocimientos sobre el material que el Higienista necesita para su labor Bucodental, es decir, el higienista tiene que conocer para qué sirven, como funcionan, como se mantienen y las precauciones a tomar a la hora de usar el material sanitario con el objetivo de conseguir una seguridad exhaustiva del paciente y dar un servicio de calidad con una eficacia y eficiencia para el paciente.

De ahí la importancia de una formación constante por parte del higienista y del auxiliar que le acompañe en la clínica.

6 Bibliografía

1. Villavicencio-Caparó E, Chiriboga-Guartambel P, Vásquez-Montoya J, Montesinos-Rojas J, Andrade-Molina M. Tasa de uso de materiales e insumos dentales / Rate of use of dental materials and supplies 2018;28:29–35. <https://doi.org/10.20453/reh.v28i1.3280>.
2. Barrancos Mooney J, Barrancos PJ. Operatoria dental: integración clínica. Médica Panamericana; 2006.

Capítulo 403

LA COLUMNA VERTEBRAL Y EL DIAGNÓSTICO DE LA HERNIA DE DISCO POR EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA

JULIA GARRIDO RAMOS

ALVARO CAÑADA SANCHEZ

JACOBO DIAZ ALONSO

ANA CARLOS ÁLVAREZ

ANDREA SANZ QUERENCIAS

1 Introducción

La columna vertebral forma parte del esqueleto axial, situado en la línea media. Está formada por 33 vértebras divididas en cinco partes: 7 cervicales, 12 torácicas, 5 lumbares, sacro (5 vértebras fusionadas) y el coxis (segmentos coccígeos fusionados).

Las vértebras tienen una estructura básica que varía según en la posición vertebral en la que se encuentren, siendo más pequeñas las que se sitúan en la cervical y de mayor tamaño las de la lumbar. Tienen dos partes, un cuerpo anterior y un

arco posterior. El canal vertebral, formado por este cuerpo y arco de las vértebras, aloja la médula espinal que recorre la columna desde C1 hasta D12-L1.

Entre los cuerpos vertebrales encontramos unas almohadillas a las que llamamos discos intervertebrales que sirven para amortiguar la presión; son más gruesos en la zona lumbar que en la zona cervical. Comienzan en el espacio intervertebral C1-C2 hasta L5-S1. Tienen dos partes, un núcleo pulposo de consistencia gelatinosa y un anillo fibroso que envuelve al anterior. Estos discos junto con los otros sistemas de unión entre las vértebras son los que pueden herniarse y causar patología.

La resonancia es una prueba de imagen basada en el movimiento de los espines de hidrógeno. Mediante pulsos de radiofrecuencias se excitan estos espines que absorben energía (resonancia). Dichos espines al terminar el pulso liberan el exceso de energía (relajación) produciendo una señal de Resonancia Magnética (RM) que es capturada por las antenas y posteriormente digitalizado por los ordenadores. Mediante los gradientes magnéticos producimos variaciones del campo magnético en los tres ejes del espacio (x, y, z) Estos gradientes nos ayudan a seleccionar la zona de estudio y, por tanto, aquella sobre la queremos obtener información.

La RM es una prueba diagnóstica con muchas ventajas: gran valoración de partes blandas, diferenciación entre tejido sano/patológico, obtención de imágenes en diferentes planos, parámetros que nos permite estudiar de diferente manera el mismo plano, contrastes específicos para el órgano, etc. Pero también tendremos en cuenta los inconvenientes para evitarlos cuando se nos presenten. Algunos de estos son: artefactos por fluctuaciones del campo, tiempos de exploración largos, sensibilidad al movimiento, etc.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID) en relación con el diagnóstico de la hernia de disco mediante resonancia magnética.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en

las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Encontramos como síndromes más comunes: síndrome medular central, síndrome de Brow-Séquard, síndrome medular anterior, síndrome medular posterior, síndrome del cono medular y síndrome de la cola de caballo. Aquellos síndromes que no encajan en ninguno de los anteriores los denominamos síndromes mixtos.

Observamos que el más frecuente es el Síndrome Medular Central donde la lesión afecta a la región central de la médula espinal afectando a células motoras y en ocasiones también a las sensitivas, ocasionando tetraparesia o relajación de esfínteres

“El Síndrome de Brow-Séquard es una lesión de uno de los lados de la médula espinal” el cual se produce generalmente por fracturas, lesiones que penetran en la médula o rotaciones que dan lugar a subluxaciones. Se pierde fuerza motora del lado afectado y sensibilidad térmica del lado contrario.

El Síndrome Medular Anterior generalmente se da por una hiperflexión donde se comprime la parte anterior de la médula perdiéndose la función motora por completo. El Síndrome Medular Posterior afecta a la zona posterior de la médula con pérdida de sensibilidad; lo más habitual es que esté producido por un tumor. Cuando se nos presenta un paciente con estas características debemos realizar una resonancia magnética de carácter urgente, valorando el grado de afectación medular para poder determinar el tratamiento a realizar posteriormente.

Protocolos del Complejo Hospitalario Universitario de Toledo:

Protocolo RM Columna Cervical:

- T2 Sagital Fast Spin Eco (T2 SAG FSE)
- T2 Sagital con inversión recuperación de los espines de la grasa (T2 SAG STIR)
- T1 Sagital Fast Spin Eco (T2 SAG FSE)
- T2 Axial o Trasversal Fast Spin Eco (T2 AX FSE)
- T1 Axial o Trasversal Fast Spin Eco (T1 AX FSE)

Si la compresión está producida por una patología como puede ser de carácter metastásico, pondríamos contraste intravenoso y añadiríamos las siguientes secuencias:

- T1 Sagital Fast Spin Eco con FatSat + contraste intravenoso (T1 SAG FSE FS+C)

*

- T1 Axial o Trasversal Fast Spin Eco + contraste intravenoso [bloque en la lesión] (T1 AX FSE+C)

Protocolo RM Columna Dorsal:

- T2 Sagital Fast Spin Eco (T2 SAG FSE)
- T2 Sagital Fast Spin Eco con FatSat (T2 SAG FSE FS) *
- T1 Sagital Fast Spin Eco (T1SAG FSE)

En el caso de que no se vea una lesión clara o sea múltiple a lo largo de la columna dorsal, en lugar de un bloque de cortes axiales se hará una secuencia de cuerpo-disco:

- T2 Axial o Trasversal Fast Spin Eco (T2 AX FSE)
- T1 Axial o Trasversal Fast Spin Eco (T1 AX FSE)

Si la compresión está producida por una patología como puede ser de carácter metastásico, pondríamos contraste intravenoso y añadiríamos las siguientes secuencias:

- T1 Sagital Fast Spin Eco con FatSat + contraste intravenoso (T1 SAG FSE FS+C) *
- T1 Axial o Trasversal Fast Spin Eco + contraste intravenoso [cuerpo-disco o bloque, igual que la secuencia sin contraste] (T1 AX FSE+C)

Protocolo RM Columna Lumbar:

- T2 Sagital Fast Spin Eco (T2 SAG FSE)
- T2 Sagital Fast Spin Eco con FatSat (T2 SAG FSE FS) *
- T1 Sagital Fast Spin Eco (T1 SAG FSE)

En el caso de que la patología no sea una hernia de los discos se hará un bloque en la zona de la lesión; en cambio, si la lesión es debido a hernia/hernias se harán cortes en los diferentes discos intervertebrales:

- T2 Axial o Trasversal Fast Spin Eco (T2 AX FSE)
- T1 Axial o Trasversal Fast Spin Eco (T1 AX FSE)

Si la compresión está producida por una patología como puede ser de carácter metastásico, pondríamos contraste intravenoso y añadiríamos las siguientes secuencias:

- T1 Sagital Fast Spin Eco con FatSat + contraste intravenoso (T1 SAG FSE FS+C)

*

- T1 Axial o Trasversal Fast Spin Eco + contraste intravenoso [cuero-disco o bloque, igual que la secuencia sin contraste] (T1 AX FSE+C)

* Si el paciente tiene artrodesis (material metálico en la columna) en lugar de hacer una secuencia FS (FatSat) haremos una secuencia STIR (inversión recuperación). Esto se debe a que la presencia del metal impide que la máquina sature correctamente la grasa. En las secuencias del contraste no se sustituye por otra secuencia si no que haría sin FS.

5 Discusión-Conclusión

La resonancia magnética es una prueba de imagen muy sensible ante la patología de disco. Nos muestra una visión 3D de la lesión y el grado de afectación. Sí es verdad que tiene sus limitaciones como puede, por ejemplo, la obesidad del paciente o el movimiento.

Se ha demostrado que una pronta realización de resonancia magnética ayuda a que la recuperación sea favorable o que las secuelas que pueda dejar una herniación de disco en la médula sean las menores posibles y puedan revertirse lo antes posible. De hecho, la única resonancia con carácter urgente es aquella que implique compresión medular de cualquier origen.

6 Bibliografía

1. Mexicana De Anestesiología, R., Jessie, D., & Ortiz-Maldonado, K. (n.d). Anatomía de la columna vertebral. Actualidades. Medigraphic.com. Retrieved August 18, 2023, from <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161bh.pdf>.
2. Azar, F.M., & Beaty, J.H. (Eds.). (2022). Campbell. Cirugía Ortopédica (14ª ed.). Elsevier.
3. Gili, J. (n.d.). Com.Ar. Retrieved August 18, 2023, from <https://vetcomunicaciones.com.ar/uploadsarchivos/libro.gili.pdf>.
4. NETTER, F.H. Atlas de anatomía humana. Barcelona. Mansson, 2007.
5. Costa Subias, J., & Soria Jerez, J.A. (2021). Resonancia Magnética Dirigida a Técnicos Superiores En Imagen Para El Diagnóstico (2nd de.). Elsevier.

Capítulo 404

TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN RADIODIAGNÓSTICA EN EL CÁNCER DE MAMA

MARÍA SABINO AMADO

ANA GARCÍA MARÍN

ELVIRA ZAMORANO BARROSO

MARIBEL CRELGO HERRERO

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

1 Introducción

El cáncer de mama es una de las enfermedades más comunes, característica por la reproducibilidad incontrolable de las células mamarias. La mortalidad en mujeres con este tipo de tumores se encuentra en primera posición, y la probabilidad de padecerlo aguarda en una de cada ocho mujeres.

Se estima que, en el año 2019, se han producido 33.307 nuevos casos, lo que deja en un incremento del 7,5% respecto a otros años. No obstante, aun siendo una de las principales causas de cáncer en todo el mundo, la probabilidad de supervivencia de las personas que lo han sufrido, cada año se incrementa, y deja una renitencia de supervivencia global de cinco años desde su diagnóstico.

Estos datos son cada vez más beneficiarios gracias a que cada año se obtiene más información sobre este tipo de cáncer, así como su diagnóstico precoz y

su tratamiento. Las nuevas tecnologías, sistemas de información y técnicas radiológicas ofrecen cada vez más beneficios y posibilidades de diagnóstico precoz. Incluyéndose en ello técnicas como la mamografía y la ecografía, que ayudan a descubrir este tipo de tumores con anterioridad; y la medicina nuclear, así como la tomografía computarizada para el buen seguimiento del desarrollo de este cáncer.

2 Objetivos

- Valorar las modalidades de imágenes y técnicas radiológicas de detección.
- Dar conocer que es el cáncer de mama.
- Mostrar la técnica más apropiada para el diagnóstico del cáncer de mama.
- Estudiar el funcionamiento de la ecografía en la mama.
- Analizar el funcionamiento de la resonancia magnética en la mama.

3 Metodología

Para la realización de dicho capítulo se ha realizado una búsqueda principal en páginas web, así, como en artículos en las principales bases de datos de: American Cancer Society, Geicam, e Integralmed, Medigraphic.

También, se ha realizado una búsqueda sistemática en artículos publicados por las universidades de Castilla la mancha, y por la Complutense de Madrid, en la facultad de farmacia.

4 Resultados

El cáncer de mama se encuentra entre los tumores malignos más comunes a nivel mundial, y como todos, se caracteriza por la multiplicación de sus células de manera incontrolada, convirtiéndolas en cancerígenas o malignas. Estas propiedades provocan que pueda ser extendido a órganos u zonas cercanas al origen.

Teniendo estas características en cuenta, así como la anatomía y su histología, pueden producirse diversos tipos de cáncer. La mayoría de ellos se producen en el tejido glandular, es decir, los lobulillos, donde se encuentran los conductos galactóforos que transportan la leche materna. Son de origen epitelial y se denominan carcinomas. (1)

Teniendo en consideración la propagación del cáncer, cuando se esparce desde el tejido mamario hasta sus alrededores, se valoran como invasivos, y se clasifican

en “carcinoma ductal invasivo” y “carcinoma lobular invasivo”. (2)

Generalmente, las técnicas de exploración radiológicas utilizadas en la mama van dirigidas a mujeres con edades avanzadas, ya que, con el aumento de la edad, aumenta con ello la probabilidad de padecer un cáncer de mama. Aunque, también podrán ser utilizadas por la sospecha de un tumor que ha sido detectado mediante la autoexploración, es decir, mediante la palpación del seno.

Luego, las técnicas que serán descritas podrán clasificarse como técnicas diagnósticas, en la que se engloba la ecografía, la mamografía y la resonancia magnética; y las técnicas de seguimiento del cáncer, en las que se introduciría el TAC, y la gammagrafía.

- La ecografía de mama:

Es una técnica radiológica no invasiva.

Dentro del cáncer de mama se considera suplementaria, ya que suele realizarse adicionalmente a la mamografía. Nunca se realiza como método inicial debido a sus falsos positivos, y a la escasez de visualización de microcalcificaciones, tan solo habrá excepciones con las mujeres embarazadas o jóvenes.

Su función es la distinción del estado del tumor, es decir, distingue los tumores sólidos de los quistes de mama (líquido), lo que hace que se pueda visualizar de manera evidente su composición y forma. (3) Las imágenes se verán a tiempo real, en blanco y negro, con lo cual, si hubiese un tumor, se podrá ver como una mancha oscura. (4)

- Las mamografías:

Son radiografías mamarias que se realizan mediante la compresión de la mama para así disminuir el grosor del tejido que tiene que ser atravesado, lo que permitirá usar menos radiación, además de disminuir también los posibles errores de diagnóstico. Esta técnica se cataloga como la mejor técnica de diagnóstico precoz del cáncer de mama.

Su eficacia en detección es del 90%, provocando que las muertes por este tipo de tumor hayan disminuido en un 30%. Únicamente, será más difícil su labor en mamas características por contener un tejido muy denso, por ello, es importante que se cumplimente con otras técnicas como la ecografía, u optar por la tomosíntesis. (5)

Se debe recordar que los tumores malignos, son resultados de una reproducción descontrolada de las células mamarias, luego, en una mamografía, se presentarán dichas anomalías de manera hiperdensas, pudiendo visualizarse de un color más oscuro. Además, la forma de la calcificación podrá describir una mayor o menor sospecha de malignidad; cuando la mancha es asimétrica u heterogénea, como

puntos y comas, revela un alto grado de malignidad. (6)

- La resonancia magnética:

Es la segunda mejor técnica para el diagnóstico del cáncer de mama, detrás de la mamografía. Su capacidad de detectar lesiones mamarias sin necesidad de radiación y con una gran calidad de imágenes, la ha hecho cobrar un importante papel en este tipo de cáncer. Se basa en el uso de un potente imán para la creación de imágenes minuciosas de la anatomía humana. (7) Este equipo funciona gracias a la estimulación de los protones de hidrógeno del cuerpo humano ante la exposición de una corriente de radiofrecuencias a la vez que influye la intensidad del campo magnético del imán que contiene. (8)(9)

Las resonancias magnéticas de mama se suelen hacer en casos de previo diagnóstico de un tumor mamario o mujeres con alto riesgo de padecerlo, posible rotura de prótesis o pacientes en tratamientos quimioterapéuticos. En muchas ocasiones, las pacientes enviadas a realizarse una resonancia magnética provienen de exploraciones de mamografía y ecografía previas. (7)

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo para este estudio, se constata que el cáncer de mama es uno de los tumores con mayor incidencia en mujeres, especialmente en etapas postmenopáusicas. Esta incidencia ha aumentado a lo largo de los años debido a diferentes causas, principalmente el aumento de la esperanza de vida, lo que propicia al envejecimiento y con ello a un mayor desarrollo de problemas en los mecanismos de reparación del ADN. Aparte, se pueden incluir en los factores de riesgo la constitución física, personal y la presencia de antecedentes familiares de tumores similares.

Los departamentos en la unidad de imagen para el diagnóstico que tienen un papel fundamental en el proceso de descubrimiento del cáncer son la mamografía, la resonancia magnética y la ecografía.

Además, destacando la técnica más utilizada, la mamografía, se ha podido profundizar más en ella.

También, se debe nombrar a la ecografía, ya que se define como la técnica radiológica complementaria por excelencia de la mamografía, ayudando a la detección de tumores en mamas densas y ayudando a conocer el tipo de cáncer que se haya podido ver en la mamografía. Además, es muy importante en las mujeres jóvenes, en las que se las evita las pruebas mamográficas.

6 Bibliografía

1. ¿Qué es el cáncer de mama? Tipos de tumores [Internet]. Geicam Investigación en cáncer de mama; 2012. [Citado 25 de abril de 2021]. Recuperado de: <https://www.geicam.org/cancer-de-mama/tengo-cancer-de-mama/conoce-mejor-tu-enfermedad/tipos-de-tumores>.
2. Tipos de cáncer de seno. [Internet]. American Cancer Society; 20 de septiembre, 2019. [Citado 25 de abril de 2021]. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/tipos-de-cancer-de-seno.html>.
3. M. Gema Díaz Pizarro. Detección de lesiones en mamografías y ecografías para el diagnóstico del cancer de mama. [Internet]. Universidad de Castilla-la mancha esuela superior de informática; febrero, 2014. [Citado 7 de mayo de 2021]. Recuperado de: https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/3681/TFG_Diaz%20Pizarro.pdf?sequence=3&isAllowed=y
4. Integralmed. ¿Qué es un ecógrafo?. [Internet] Integralmed equipamiento médico; 2 septiembre, 2019. [Citado 7 de mayo de 2021]. Recuperado de: <https://integralmed.com.ar/que-es-un-ecografo/>
5. Gómez. I. Trabajo fin de grado título: Uso de imagen en investigación biomédica. [Internet]. Facultad de Farmacia; Universidad Complutense; julio, 2019. [Citado 7 de mayo de 2021]. Recuperado de: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/ISIDORO%20GOMEZ%20CEVA.pdf>
6. Ossa-Gómez. CA. Imágenes diagnósticas en patologías mamaria. [Internet]. Medigraphic; 2013. [Citado 7 de mayo de 2021]. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2013/myl1311-12c.pdf>.
7. Pérez C. Resonancia Magnética, ¿qué es?. [Internet]. Dexeus mujer ;2021 [Citado 2021 mayo 4]. Recuperado de: <https://www.dexeus.com/informacion-desalud/enciclopedia>.
8. National Institute of Biomedical Imaging and Bioengineering. Imagen por Resonancia Magnética. [Internet]. National Institute of Biomedical Imaging and Bioengineering ;2021 [citado 2021 mayo 6]. Recuperado de: <https://www.nibib.nih.gov/espanol/temas-cientificos/imagen-por-resonanciam>.
9. P. Hornak J. Principios Básicos de IRM, componentes del equipo de Resonancia. [Internet]. Htbooks ;2013 [Citado 2021 mayo 7]. Recuperado de: <https://www.cis.rit.edu/htbooks/mri/chap-9/chap-9-s.htm#9.5>.

Capítulo 405

REACCIÓN EN CADENA DE POLIMERASA (PCR)

MERCEDES FUENTES MARTINEZ

1 Introducción

La reacción en cadena de la polimerasa conocida comúnmente por las siglas PCR, revolucionó la forma en que abordamos la investigación científica, el diagnóstico médico y la comprensión de la genética. Su capacidad para amplificar selectivamente fragmentos específicos de ADN es una verdadera maravilla tecnológica que trasciende disciplinas y fronteras geográficas.

Antes de la llegada de la PCR, la amplificación de ADN era un procedimiento tedioso y lento que limitaba gravemente la cantidad de material genético disponible para análisis y experimentación. La PCR permitió la amplificación exponencial de segmentos específicos de ADN, abriendo la puerta a posibilidades antes inimaginables. Esta tecnología se convirtió rápidamente en una herramienta importante en aplicaciones de laboratorio, clínicas y forenses.

Cuando un cebador específico se une al ADN objetivo, la enzima polimerasa trabaja intensamente para sintetizar una nueva cadena complementaria. En última instancia, el área de interés crece exponencialmente, proporcionando una gran cantidad de material genético para el análisis.

Esta tecnología se utiliza en innumerables campos. En genética forense, la PCR ha permitido el análisis de muestras diminutas de ADN y ha ayudado a resolver e identificar delitos. En medicina, la PCR ha revolucionado la medicina y el asesoramiento genético al permitir la detección temprana y precisa de enfermedades

genéticas. Además, en la investigación científica, la PCR ha permitido el análisis de genes y regiones reguladoras, y el estudio de la diversidad genética dentro de las poblaciones.

En este artículo, analizamos la gloria de la PCR. Explicamos los conceptos básicos de esta técnica y mostramos cómo la danza molecular de la desnaturalización y la polimerización permite su éxito. Exploramos aplicaciones en campos que van desde la resolución de delitos hasta el diagnóstico médico y la investigación biológica.

2 Objetivos

- Comprender los fundamentos de la PCR: analizar los principios básicos de la técnica de PCR.
- Explorar las aplicaciones de la PCR: investigar las diversas aplicaciones de la PCR.
- Analizar las perspectivas futuras de la PCR: examinar las tendencias actuales y futuras en la investigación de la PCR.

3 Metodología

Este estudio se realizó mediante una combinación de búsquedas bibliográficas y de literatura científica sobre PCR. Los artículos académicos, bibliografías y recursos en línea se compilan de fuentes confiables, como libros de texto y sitios web de instituciones académicas y de investigación. La información ha sido analizada rigurosamente para garantizar su exactitud y relevancia.

4 Resultados

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR), una técnica molecular revolucionaria, ha demostrado su valor en una variedad de aplicaciones que van desde la investigación básica hasta la medicina clínica y la biotecnología. A continuación, examinamos en detalle los resultados de estas aplicaciones y explicamos cómo la PCR ha cambiado la forma en que se abordan las cuestiones científicas y médicas.

- Investigación Genética y Biotecnología:

PCR es una herramienta esencial en la investigación genética. Permite una amplificación rápida y específica de segmentos de ADN, facilitando el análisis de genes y regiones reguladoras. Los científicos pueden estudiar la expresión genética, identificar mutaciones y descifrar las bases moleculares de diversas enfermedades. Además, la PCR es extremadamente importante para la clonación de genes y la construcción de vectores de expresión utilizados en ingeniería genética. Esta tecnología ha jugado un papel importante en la creación de organismos genéticamente modificados (OGM) y la producción de proteínas recombinantes para la investigación y la industria.

-Genética Forense:

En el ámbito de la justicia, la PCR ha revolucionado la genética forense. La amplificación de fragmentos de ADN permite el análisis de las muestras más pequeñas, como cabello o gotas de sangre. Esto fue muy importante para resolver casos penales y confirmar las identidades de víctimas y sospechosos. La PCR también se utiliza en pruebas entre padres e hijos y entre madres e hijos para proporcionar evidencia genética precisa para asuntos legales y familiares.

-Diagnóstico médico:

PCR ha revolucionado el diagnóstico médico al permitir la detección temprana y precisa de enfermedades genéticas e infecciosas. Al detectar trastornos genéticos como la fibrosis quística o la enfermedad de Tay-Sachs, se puede utilizar la PCR para identificar mutaciones genéticas específicas. Además, al diagnosticar enfermedades infecciosas, la PCR puede detectar la presencia de patógenos como virus y bacterias en muestras clínicas. Esta técnica es especialmente valiosa para detectar patógenos que son difíciles de cultivar en el laboratorio.

-Identificación de patógenos:

PCR ha revolucionado la microbiología al permitir una identificación rápida y precisa de patógenos. En caso de brote de una enfermedad infecciosa, la PCR se puede utilizar para identificar rápidamente la causa raíz. Por ejemplo, en el caso de la pandemia de la nueva enfermedad por coronavirus (COVID-19), la PCR se ha convertido en una herramienta importante para diagnosticar la infección por el virus SARS-CoV-2. Además, la tecnología se está utilizando para monitorear enfermedades transmitidas por vectores como la malaria y el dengue.

-PCR cuantitativa en tiempo real (qPCR): qPCR mejora aún más la PCR tradicional al permitir la cuantificación precisa de la cantidad de ADN presente en una muestra. Esto es muy importante para aplicaciones como la medición de la expresión genética y la detección de patógenos. La qPCR se utiliza en la investi-

gación del cáncer para evaluar la expresión de genes asociados con el crecimiento y la proliferación celular.

-PCR digital (dPCR): dPCR lleva la precisión y sensibilidad de la amplificación de ADN a un nuevo nivel. Esto permite la detección y cuantificación de moléculas de ADN individuales en una muestra. Esto es especialmente valioso para detectar mutaciones genéticas raras y cuantificar copias con precisión.

5 Discusión-Conclusión

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) ha marcado un hito en la historia de la biotecnología y la investigación científica. Su capacidad para amplificar segmentos específicos de ADN ha tenido un profundo impacto en campos tan diversos como la medicina, la genética forense y la investigación básica. La PCR ha avanzado enormemente en el diagnóstico de enfermedades, la identificación de patógenos y la comprensión de la función genética.

A medida que la tecnología continúa avanzando, la PCR se ha adaptado para satisfacer las demandas de la investigación moderna. La PCR cuantitativa en tiempo real, la PCR digital y la PCR múltiple han ampliado las capacidades de esta tecnología para medir y analizar con mayor precisión múltiples objetivos simultáneamente.

Se espera que la combinación de PCR y edición de genes CRISPR-Cas9 revolucione aún más la biomedicina y la terapia génica, abriendo nuevas posibilidades para el tratamiento de enfermedades genéticas y la alteración de rasgos específicos de los organismos.

En resumen, la PCR ha dejado una marca indeleble en la ciencia y la medicina, y su progreso continuo ha hecho de la manipulación y el análisis del ADN una herramienta rutinaria para mejorar nuestra comprensión de la salud humana y la vida misma. Seguimos perfilando el camino hacia el futuro.

6 Bibliografía

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

Capítulo 406

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL HIGIENISTA BUCODENTAL

LUCIA PULPON AYUSO MORALES

MARÍA DEL CORAL LOZANO GUIJARRO

MIRIAM BERMEJO PEÑA

LAURA PLAZA BASCUÑANA

1 Introducción

La prevención de riesgos laborales es esencial para cualquier ámbito profesional, en la clínica dental y para los higienistas bucodentales permiten garantizar la seguridad y el bienestar de los profesionales y de los pacientes.

Para poder garantizar esta seguridad es necesario analizar e identificar que riesgos laborales pueden aparecer en una clínica dental, podemos nombrar algunos de ellos y más importantes:

- Exposición de agentes patógenos.
- Lesiones músculo-esqueléticas por falta de ergonomía.
- Estrés y fatiga laboral (síndrome de Burnout)
- Riesgos de incendio o eléctricos.

Para poder prevenir y proteger a los pacientes y profesionales de estos riesgos es importante establecer o implementar las medidas preventivas y de protección, como pueden ser Higiene y limpieza, Equipos de protección individual, Ergonomía, Formación y concienciación.

Los Higienistas deben conocer aquella legislación vigente en materia de seguridad y salud laboral para garantizar la prevención de riesgos laborales, aquí se incluye la realización de evaluaciones de riesgos, formación y adopción de medidas preventivas y de protección adecuadas.

Esto conllevará un registro detallado de todas las acciones y medidas que se hayan implementado para la prevención de riesgos laborales dentro de la clínica. Todo esto será evaluado mediante inspecciones y auditorías periódicas para verificar el cumplimiento de las medidas preventivas.

2 Objetivos

- Dar a conocer los protocolos de actuación por parte de los higienistas para la prevención de riesgos laborales.
- Exponer las medidas para la prevención de riesgos laborales.

3 Metodología

Para esta elaboración se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de libros, vídeos y también artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Medline, PubMed y Scielo, seleccionando aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas sobre dicho tema, en este caso: prevención de riesgos laborales, higienista bucodental, protocolo de actuación ante accidentes.

4 Resultados

Cuando se lleva a cabo de manera exhaustiva las medidas adoptadas para la prevención de riesgos laborales, se obtienen una serie de Beneficios:

- Mejora la salud y el bienestar del personal: podemos señalar dentro de este beneficio el fomento de un ambiente de trabajo más positivo y productivo.
- Reduce el riesgo de incidentes laborales: ya que se protege a los profesionales y se evitarán las interrupciones en el funcionamiento de la clínica.
- Incrementa la productividad y la calidad de trabajo: para que los profesionales trabajen de manera eficiente y eficaz deben sentirse protegidos y seguros, aumentando así la productividad.
- Fortalece la reputación y la imagen de la clínica: al ofrecer una seguridad a los profesionales y a la clínica en sí, proyecta responsabilidad y profesionalismo.

- Contribuye al cumplimiento legal y evita sanciones: si los Higienistas deben cumplir toda la legislación vigente en cada momento y en cada comunidad para así prevenir los riesgos laborales, y de manera secundaria evitar cualquier tipo de sanción y multa.
 - Reduce el Absentismo laboral: al prevenir accidentes y enfermedades laborales, los Profesionales asistirán al puesto de trabajo de manera más continua
 - Favorece la retención y atracción de talento: hay que saber promover un ambiente de trabajo seguro y saludable para que los profesionales colaboren de manera activa y creen un ambiente laboral atractivo para otros profesionales.
- Para la obtención de todos estos beneficios, se realizarán seguimientos sobre la consecución y cumplimientos de los objetivos y metas que se establecen; con la consecución de manera progresiva se fomenta el aprendizaje y la mejora continua por parte de los profesionales y más concretamente del Higienista.
- Es importante que todos los profesionales de la clínica dental, entre los que se encuentran los Higienistas, conozcan los protocolos y sepan como actuar en un caso de emergencia.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se constata la importancia por parte de los higienistas de conocer la legislación vigente en materia de seguridad y salud laboral, tanto a nivel nacional como de cada comunidad. Teniendo como base este conocimiento, quedaría implementar todas las medidas necesarias para evitar accidentes laborales y mejorar la calidad del trabajo y de los profesionales.

Para todo esto es necesario estar en continua formación con cursos de prevención de Riesgos laborales (PRL) y así mantener a los profesionales informados y actualizados en seguridad laboral, aumentando la concienciación de la prevención y la responsabilidad compartida por todos los profesionales en el entorno laboral.

6 Bibliografía

1. Ceballos R. Prevención de riesgos laborales para el higienista dental. 1ª ed. Formación Alcalá; 2011.
2. VV. AA. Manual de prevención de riesgos laborales. Sector sanitario: riesgos específicos del trabajo en clínicas dentales. Formación para el empleo. 2ª ed. Madrid: Editorial CEP, S.L.; 2010.

3. <https://www.higienistasvitis.com/prevencion-riesgos-laborales-higienistas-bucodentales/>.

Capítulo 407

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE LA ANGIOGRAFÍA

AZALEA ESTEBAN LÓPEZ

FRANCISCO CALDERON BARQUERO

NEREA SALCEDO DOMÍNGUEZ

MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ

GUILLERMO BIELSA ALCAIDE

1 Introducción

La angiografía es un procedimiento de diagnóstico que se utiliza para visualizar los vasos sanguíneos en diversas áreas del cuerpo, incluyendo el cerebro, el corazón, los pulmones, el abdomen, las extremidades y otros órganos. También conocida como arteriografía, consiste en la inyección de un agente de contraste en los vasos sanguíneos para resaltar su estructura y detectar posibles obstrucciones, estrechamientos o anormalidades.

Durante la angiografía, se inserta un catéter en el vaso sanguíneo a través de una pequeña incisión en la piel. A medida que el catéter se desplaza a través de los vasos, se inyecta un medio de contraste radiopaco que permite la visualización de los vasos sanguíneos mediante fluoroscopia o radiografía en tiempo real. Esto proporciona imágenes detalladas y precisas de la anatomía vascular,

lo que facilita el diagnóstico de enfermedades o afecciones relacionadas con los vasos sanguíneos.

La angiografía se utiliza para evaluar una variedad de afecciones, como enfermedades cardíacas, obstrucciones arteriales periféricas, malformaciones vasculares, aneurismas, embolias pulmonares, tumores vasculares, entre otros. Además del diagnóstico, la angiografía también puede emplearse con fines terapéuticos, como la administración de medicamentos o la realización de procedimientos mínimamente invasivos, como la angioplastia o la embolización.

Este procedimiento se realiza bajo la supervisión de un médico especializado en radiología intervencionista. El técnico de rayos, también conocido como tecnólogo en radiología, asiste en la realización de la angiografía, preparando y operando el equipo de rayos X, asegurándose de la calidad de las imágenes y colaborando estrechamente con el equipo médico durante el procedimiento.

Es importante destacar que la angiografía es un procedimiento invasivo que conlleva ciertos riesgos y puede requerir de una preparación previa, así como el uso de anestesia local o sedación. Se deben tomar medidas de protección radiológica adecuadas para minimizar la exposición a la radiación tanto para el paciente como para el personal médico involucrado.

La angiografía es un procedimiento de diagnóstico que utiliza la inyección de un medio de contraste en los vasos sanguíneos para visualizar y evaluar su estructura y funcionamiento. Es una herramienta valiosa en el diagnóstico de diversas enfermedades vasculares y permite la realización de procedimientos terapéuticos mínimamente invasivos.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico de rayos en la realización de una angiografía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El técnico de rayos, también conocido como tecnólogo en radiología o tecnólogo en radiología intervencionista, desempeña un papel crucial en la realización de una angiografía. Sus funciones son esenciales para garantizar la seguridad del paciente, operar el equipo de radiología, preparar y posicionar al paciente, y colaborar estrechamente con el equipo médico. A continuación, se detallan algunas de las funciones principales del técnico de rayos en la angiografía:

Preparación del equipo: El técnico de rayos es responsable de preparar y verificar el funcionamiento adecuado del equipo de radiología utilizado en la angiografía. Esto incluye asegurarse de que el equipo esté en buen estado de funcionamiento, realizar controles de calidad periódicos y verificar la disponibilidad de los insumos necesarios, como los medios de contraste y los catéteres.

Preparación del paciente: Antes del procedimiento de angiografía, el técnico de rayos prepara al paciente para la intervención. Esto puede incluir explicar el procedimiento al paciente, responder a sus preguntas y preocupaciones, y asegurarse de que se cumplan los requisitos de preparación previa, como ayuno o suspensión de ciertos medicamentos.

Posicionamiento del paciente: El técnico de rayos posiciona al paciente de manera adecuada para permitir un acceso seguro y eficiente a los vasos sanguíneos. Esto implica colocar al paciente en la posición correcta en la mesa de examen y proporcionar almohadillas o soportes para asegurar su comodidad y estabilidad durante el procedimiento.

Asistencia durante el procedimiento: Durante la angiografía, el técnico de rayos colabora estrechamente con el médico radiólogo o el especialista en radiología intervencionista. Puede asistir en la colocación del catéter en el vaso sanguíneo, asegurando que se sigan las técnicas estériles y las medidas de asepsia adecuadas. También puede proporcionar los equipos necesarios durante el procedimiento, como jeringas, guías o cables de navegación.

Operación del equipo de radiología: El técnico de rayos opera el equipo de radiología utilizado durante la angiografía. Esto implica controlar los parámetros del equipo, como la exposición a la radiación, la adquisición de imágenes y el movimiento de los sistemas de fluoroscopia o radiografía. Además, el técnico de rayos debe asegurarse de que las imágenes obtenidas sean de alta calidad y cumplan con los estándares requeridos.

Registro y documentación: Es responsabilidad del técnico de rayos mantener registros precisos y completos de cada procedimiento de angiografía realizado. Esto incluye información del paciente, detalles técnicos del estudio, como los parámetros

ros del equipo y las imágenes obtenidas, así como cualquier observación o hallazgo relevante durante el procedimiento.

Además de estas funciones principales, el técnico de rayos también puede ser responsable de educar al paciente sobre el procedimiento, proporcionarle instrucciones y brindar apoyo emocional antes y durante el procedimiento. También puede colaborar en la monitorización del paciente, registrando los signos vitales y asegurándose de su comodidad y seguridad.

El técnico de rayos desempeña un papel fundamental en la realización de una angiografía. Su competencia técnica, atención al detalle y colaboración efectiva con el equipo médico son fundamentales para obtener imágenes de alta calidad, garantizar la seguridad del paciente y contribuir al diagnóstico y tratamiento adecuados.

5 Discusión-Conclusión

La actitud positiva del técnico de rayos con el paciente durante una angiografía es crucial. Una actitud amable, compasiva y empática ayuda a reducir la ansiedad del paciente y crea un ambiente de confianza durante el procedimiento. El técnico de rayos debe comunicarse de manera clara, explicando el procedimiento, respondiendo a las preguntas o inquietudes del paciente y asegurándose de que se sienta cómodo y seguro en todo momento. Mantener la calma y la serenidad, brindando apoyo emocional y mostrando empatía hacia las necesidades del paciente, contribuye a una experiencia positiva y mejora la calidad de la atención durante la angiografía.

6 Bibliografía

1. Soliz Garnica, C. L. (2021). ANATOMÍA RADIOLÓGICA DE TÓRAX.

Capítulo 408

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE LA BIOPSIA POR PUNCIÓN CON RAYOS

AZALEA ESTEBAN LÓPEZ

FRANCISCO CALDERON BARQUERO

NEREA SALCEDO DOMÍNGUEZ

MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ

GUILLERMO BIELSA ALCAIDE

1 Introducción

Las biopsias por punción con rayos, también conocidas como biopsias por punción con aguja guiada por imágenes o biopsias radioguiadas, son procedimientos mínimamente invasivos utilizados para obtener muestras de tejido o células de una lesión o masa sospechosa dentro del cuerpo. Estas biopsias se realizan bajo la guía de imágenes radiológicas, como la radiografía, la ecografía o la tomografía computarizada (TC).

Durante una biopsia por punción con rayos, el médico utiliza una aguja especial y un sistema de guía de imagen para acceder a la lesión o masa de interés. Se realiza una pequeña incisión en la piel y se guía la aguja hacia la región objetivo, utilizando las imágenes radiológicas en tiempo real para garantizar la precisión y la correcta ubicación de la muestra.

Una vez que se ha alcanzado el objetivo, se extrae una muestra de tejido o células a través de la aguja. En algunos casos, se puede utilizar una jeringa para aspirar células o fragmentos de tejido. Posteriormente, la muestra se envía al laboratorio para su análisis y diagnóstico por parte de un patólogo.

Las biopsias por punción con rayos se utilizan para diagnosticar y evaluar una variedad de afecciones, como tumores, masas, nódulos, lesiones sospechosas y enfermedades inflamatorias. Estos procedimientos ofrecen varias ventajas, como ser menos invasivos en comparación con las biopsias quirúrgicas, tener un tiempo de recuperación más rápido y reducir el riesgo de complicaciones.

El técnico de rayos, también conocido como tecnólogo en radiología intervencionista, desempeña un papel importante en las biopsias por punción con rayos. Sus funciones incluyen preparar y operar el equipo de imagen radiológica, asistir al médico durante el procedimiento, mantener un ambiente estéril y seguro, y colaborar en la obtención de imágenes de calidad para guiar la punción.

Es fundamental que el técnico de rayos tenga una comunicación clara y empática con el paciente durante el procedimiento, proporcionando apoyo y tranquilidad para reducir la ansiedad. También es responsable de registrar y documentar adecuadamente el procedimiento, incluyendo información sobre las imágenes obtenidas y cualquier hallazgo relevante durante la biopsia.

Las biopsias por punción con rayos son procedimientos mínimamente invasivos que utilizan imágenes radiológicas para guiar la obtención de muestras de tejido o células de lesiones o masas sospechosas. El técnico de rayos desempeña un papel crucial en el soporte y la operación de equipos de imagen, garantizando la seguridad del paciente y colaborando estrechamente con el equipo médico durante el procedimiento.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico de rayos en la realización de la biopsia por punción con rayos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El técnico de rayos, también conocido como tecnólogo en radiología intervencionista, juega un papel crucial en la realización de biopsias por punción con rayos. Sus funciones son esenciales para garantizar la seguridad del paciente, operar el equipo de imagen radiológica, colaborar con el médico durante el procedimiento y proporcionar apoyo al paciente. A continuación, se detallan algunas de las funciones principales del técnico de rayos en la realización de biopsias por punción con rayos:

Preparación del equipo: El técnico de rayos es responsable de preparar y verificar el correcto funcionamiento del equipo de imagen radiológica utilizado durante la biopsia. Esto incluye la calibración del equipo, la comprobación de la calidad de imagen y la disponibilidad de los suministros necesarios, como agujas, jeringas y materiales de esterilización.

Preparación del paciente: Antes del procedimiento de biopsia, el técnico de rayos prepara al paciente para la intervención. Esto puede incluir explicar el procedimiento al paciente, responder a sus preguntas y preocupaciones, y asegurarse de que se cumplan los requisitos de preparación previa, como ayuno o suspensión de medicamentos anticoagulantes.

Asistencia durante el procedimiento: Durante la biopsia por punción con rayos, el técnico de rayos colabora estrechamente con el médico radiólogo intervencionista. Puede asistir en la colocación y manipulación de las agujas y otros instrumentos utilizados durante el procedimiento. Además, el técnico de rayos es responsable de garantizar que se mantenga un ambiente estéril y seguro durante todo el proceso.

Operación del equipo de imagen: El técnico de rayos opera el equipo de imagen radiológica utilizado para guiar la punción durante la biopsia. Esto implica ajustar los parámetros del equipo para obtener imágenes claras y precisas que permitan una guía precisa de la aguja. El técnico de rayos también es responsable de mantener la exposición a la radiación al mínimo necesario para obtener las imágenes requeridas.

Registro y documentación: Es responsabilidad del técnico de rayos mantener registros precisos y completos de cada biopsia por punción con rayos realizada. Esto incluye información del paciente, detalles técnicos del procedimiento, como los parámetros del equipo y las imágenes obtenidas, así como cualquier observación o hallazgo relevante durante la biopsia.

Además de estas funciones principales, el técnico de rayos también puede brindar apoyo emocional al paciente, explicar el procedimiento y tranquilizar cualquier

preocupación que pueda tener. También puede colaborar en la monitorización del paciente, registrando los signos vitales y asegurándose de su comodidad y seguridad durante todo el procedimiento.

El técnico de rayos desempeña un papel esencial en la realización de biopsias por punción con rayos. Su competencia técnica, atención al detalle y colaboración efectiva con el equipo médico son fundamentales para garantizar la seguridad del paciente, obtener imágenes de alta calidad y proporcionar una experiencia positiva durante el procedimiento de biopsia.

5 Discusión-Conclusión

La actitud positiva del técnico de rayos durante la realización de una biopsia por punción con rayos es crucial. Una actitud amable, compasiva y empática ayuda a reducir la ansiedad del paciente y a crear un ambiente de confianza durante el procedimiento. El técnico de rayos debe comunicarse de manera clara y tranquilizadora, explicando el procedimiento, respondiendo a las preguntas y preocupaciones del paciente y brindando apoyo emocional. Mantener la calma y la serenidad, demostrando empatía y respeto hacia las necesidades del paciente, contribuye a una experiencia positiva y mejora la calidad de la atención durante la biopsia por punción con rayos.

6 Bibliografía

1. Soliz Garnica, C. L. (2021). ANATOMÍA RADIOLÓGICA DE TÓRAX.

Capítulo 409

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA COLOCACIÓN DE LA Sonda PARA ALIMENTACIÓN

AZALEA ESTEBAN LÓPEZ

FRANCISCO CALDERON BARQUERO

NEREA SALCEDO DOMÍNGUEZ

MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ

GUILLERMO BIELSA ALCAIDE

1 Introducción

La colocación de sonda para alimentación con rayos, también conocida como colocación de sonda de alimentación radioguiada, es un procedimiento que utiliza la guía de imágenes radiológicas para posicionar una sonda o tubo de alimentación en el tracto gastrointestinal del paciente. Este procedimiento se lleva a cabo en casos en los que el paciente no puede consumir alimentos de forma oral debido a dificultades de deglución, enfermedades neuromusculares, cirugías o condiciones médicas que afectan la ingesta adecuada de nutrientes.

Durante la colocación de la sonda para alimentación con rayos, se utiliza fluoroscopia, una técnica de imagen en tiempo real, para guiar la sonda hacia el estómago o el intestino. Se introduce una sonda delgada y flexible a través de la

nariz o la boca del paciente y se avanza hacia el tracto gastrointestinal. La fluoroscopia proporciona imágenes en tiempo real que permiten al médico o al técnico de rayos visualizar la posición y el avance de la sonda, asegurando su colocación correcta.

La sonda puede ser utilizada para administrar alimentos líquidos, fórmulas nutricionales especializadas, medicamentos o para realizar el drenaje de contenido gástrico en caso de necesidad. Este procedimiento es seguro y se realiza bajo la supervisión de un médico radiólogo o un especialista en radiología intervencionista.

2 Objetivos

- Describir e indicar el papel del técnico de rayos en la colocación de la sonda para alimentación en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica se han tenido en cuenta los buscadores indexados más comunes en este tipo de investigación, siendo los más empleados PUBMED y SCIELO de los cuales, se hizo una posterior selección concienzuda para realizar este capítulo.

4 Resultados

El técnico de rayos, también conocido como tecnólogo en radiología intervencionista, desempeña un papel importante en la colocación de la sonda para alimentación. Sus funciones son fundamentales para garantizar la seguridad del paciente, asistir al médico durante el procedimiento y brindar apoyo al paciente. A continuación, se detallan algunas de las funciones principales del técnico de rayos en la colocación de la sonda para alimentación:

Preparación del equipo: El técnico de rayos es responsable de preparar y verificar el correcto funcionamiento del equipo de imagen radiológica utilizado durante la colocación de la sonda para alimentación. Esto incluye la calibración del equipo, la comprobación de la calidad de imagen y la disponibilidad de los suministros necesarios, como las sondas de alimentación, guías y jeringas.

Preparación del paciente: Antes del procedimiento, el técnico de rayos prepara al paciente para la colocación de la sonda de alimentación. Esto puede incluir ex-

plicar el procedimiento al paciente, responder a sus preguntas y preocupaciones, y asegurarse de que se cumplan los requisitos de preparación previa, como ayuno o suspensión de medicamentos anticoagulantes.

Asistencia durante el procedimiento: Durante la colocación de la sonda para alimentación, el técnico de rayos colabora estrechamente con el médico o el especialista en radiología intervencionista. Puede asistir en la introducción de la sonda a través de la nariz o la boca del paciente y en su avance hacia el tracto gastrointestinal. El técnico de rayos se asegura de que se sigan las técnicas asépticas adecuadas y de que la sonda esté colocada de manera segura y precisa.

Operación del equipo de imagen: El técnico de rayos opera el equipo de imagen radiológica utilizado para guiar la colocación de la sonda para alimentación.

Esto implica ajustar los parámetros del equipo para obtener imágenes claras y precisas que permitan la visualización y el seguimiento de la sonda durante el procedimiento. El técnico de rayos también es responsable de mantener la exposición a la radiación al mínimo necesario.

5 Discusión-Conclusión

La empatía del técnico de rayos con el paciente al que se le coloca una sonda para alimentación es esencial. Una actitud empática implica comprender y responder a las necesidades emocionales del paciente, brindando apoyo y tranquilidad durante el procedimiento. El técnico de rayos debe escuchar atentamente al paciente, mostrar comprensión y empatía hacia sus preocupaciones. Además, es importante comunicarse de manera clara y amable, explicando el procedimiento paso a paso, respondiendo a las preguntas e inquietudes del paciente, y asegurándose de que se sienta cómodo y seguro durante la colocación de la sonda. La empatía del técnico de rayos ayuda a crear un ambiente de confianza, donde el paciente se siente apoyado y cuidado durante el proceso.

6 Bibliografía

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

Capítulo 410

LA LABOR DEL TÉCNICO SUPERIOR DE RADIODIAGNÓSTICO EN QUIRÓFANO

MARIBEL CRELGO HERRERO

ANA GARCÍA MARÍN

ELVIRA ZAMORANO BARROSO

MARÍA SABINO AMADO

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

1 Introducción

Un quirófano es una sala o habitación que forma parte del ámbito hospitalario y que está adaptada para la práctica de operaciones quirúrgicas. Son espacios cerrados, situados independientemente los unos de los otros, en los que debe haber una mínima circulación de personal y solo podrán acceder a ella, el paciente al que se le va a intervenir y el equipo sanitario necesario que vaya a intervenir en la cirugía.

Los técnicos de radiodiagnóstico son necesarios en todos aquellos procedimientos quirúrgicos que se vaya a necesitar del uso de rayos X como radiografías o radioscopia mediante un equipo llamado arco en C por su forma especial para no tocar nada de la mesa donde se está realizando la cirugía o los campos estériles

quirúrgicos. Es fundamental saber qué tipo de cirugía se va a realizar, así sabemos que movimientos habrá que hacer con el arco y tenerlos controlados, como la altura de este mismo y la colocación, evitando contaminar mesas estériles o encontrarnos con obstáculos. Además de circular siempre de cara a estos y de espaldas a todo lo que no sea estéril.

Los rayos X se utilizan en cirugías traumatológicas, urológicas, de cardiología, neurocirugía, reducción de fracturas, en cirugía vascular y tanto en procedimientos diagnósticos como terapéuticos. De esta manera podemos hacernos una idea de la importancia del diseño del arco y su gran utilidad para obtener imágenes durante el procedimiento quirúrgico.

2 Objetivos

- Conocer la función que desempeña el técnico de radiodiagnóstico en el quirófano.
- Exponer conceptos básicos para realizar el trabajo.
- Estudiar el manejo del equipo quirúrgico.
- Llevar a cabo las medidas de protección necesarias para él y para el resto de personal que se encuentre en la sala.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda en diferentes páginas webs sanitarias y libros de consulta de radiodiagnóstico, además de los conocimientos adquiridos durante la experiencia laboral de los técnicos de rayos que realizan esta publicación.

4 Resultados

Antes de entrar en cualquier área donde se vaya a realizar un procedimiento quirúrgico, se deben cumplimentar unas normas de vestimenta, para poder permanecer en este área.

Un quirófano es un área restringida a la cual solo podrá acceder el personal autorizado cumpliendo la normativa correcta.

Antes de entrar en la zona aséptica del área quirúrgica, el técnico deberá quitarse el pijama con el que trabaja normalmente y vestirse con ropa de quirófano, que incluye, un pijama, gorro, mascarilla y calzas.

Debemos tener en cuenta que en el quirófano hay campos estériles para no contaminarlos con nuestra ropa o con el equipo que vayamos a utilizar, en nuestro caso, el arco quirúrgico.

El técnico es personal no estéril dentro de quirófano.

Denominamos algo estéril, como un sitio en el que a priori no hay ningún tipo de ser vivo.

Es recomendable que al pasar cerca de algún campo estéril lo hagan de frente para tenerlo controlado, asegurándose de no tocar nada y sujetando siempre los pijamas y los trajes de plomo.

Una vez estemos dentro del quirófano con nuestra vestimenta adecuada, procedemos a utilizar nuestro arco quirúrgico, lo podemos definir como un instrumento utilizado para obtener imágenes radiológicas en el ámbito quirúrgico generalmente con una buena calidad y en tiempo real, lo que nos permite seguir la cirugía que se está realizando y además identificar estructuras anatómicas, facilitando una mayor precisión a la hora de trabajar y hacer las correcciones que sean necesarias de manera inmediata.

Los arcos quirúrgicos se conocen también con el nombre de arco en C, debido a su diseño semicircular con forma de C ya que tienen un intensificador de imagen y enfrente de él, el tubo de rayos X. Están unidos por un brazo, esto le proporciona una amplia variedad de movimientos y posiciones al arco. entre los principales componentes del arco; encontramos:

- Tubo de rayos X: Es un dispositivo formado por dos electrodos. El electrodo en el cual se generan los electrones, es el electrodo negativo conocido como cátodo y el electrodo donde chocan los electrones, es el electrodo positivo conocido como ánodo.
- Colimador: controla la apertura del haz de radiación.
- Intensificador de imagen: es un dispositivo capaz de recibir el haz de rayos X y convertirlo en un haz de luz de alta densidad. Su función es aumentar la intensidad luminosa que se produce al interaccionar con los rayos X la pantalla fluoroscópica, permitiendo así una reducción de la dosis al paciente y operador y una mejora muy notable de la calidad de la imagen.
- Pulsador: permite al técnico separarse a distancia del equipo.
- Interruptor de parada de emergencia: está ubicado en el brazo del arco, se utiliza para desconectar el sistema en una situación peligrosa lo más rápidamente posible.
- Panel de control: consiste en una pantalla, en el mismo arco que permite al operador ajustar y modificar los parámetros que determinan la intensidad (mA) y la penetración (kV) de los rayos X, los factores de exposición y la calidad de la

imagen.

- Sistema de transporte: unidad con ruedas para desplazarse; son arcos portátiles que sirven para ir de un lugar a otro o moverse dentro del propio quirófano. Además constan de un sistema de frenado: son palancas que se encuentran en el brazo del arco y permiten un posicionamiento del arco en cualquier parte del quirófano, además de inmovilizar el arco.
- Monitores: las imágenes obtenidas mediante el equipo de fluoroscopia se proyectan en uno o más monitores dispuestos sobre un soporte móvil, que permite su desplazamiento para situarlos en diferentes posiciones o lugares dependiendo de lo que sea conveniente en cada procedimiento.

Los riesgos de los individuos expuestos a la radiación se pueden reducir si aplicamos las siguientes medidas:

- Maximizamos la distancia: aumentando la distancia entre el operador y la fuente de radiaciones ionizantes, la exposición disminuye en la misma proporción que aumenta el cuadrado de la distancia. Basta con alejarse lo suficiente de la fuente de radiación para que las condiciones de trabajo sean aceptables.
- Minimizamos el tiempo: disminuyendo el tiempo de operación todo lo posible, se reducirán las dosis. Es importante que las personas que vayan a realizar operaciones con radiación estén bien preparadas, con objeto de invertir el menor tiempo posible en ellas.
- Maximizamos el blindaje: Además de los blindajes, debemos disponer de dispositivos de protección adicionales. Habrá que interponer un material absorbente de radiación (plomo) entre el operador y la fuente emisora. Son accesorios de protección radiológica como los mandiles plomados, los protectores tiroideos, además de otros elementos de protección, como pueden ser guantes o gafas.

El sistema de protección radiológica está basado en los siguientes conceptos o criterios.

- Justificación: no se deberá adoptar ninguna práctica que suponga la exposición a radiaciones salvo que ésta implique un beneficio para los individuos expuestos o para la sociedad o que sea suficiente como para compensar el detrimento causado.
- Optimización: el principal objetivo es asegurar que tanto la magnitud de las dosis individuales, el número de personas expuestas y la probabilidad de recibir exposiciones, cuando no sea necesario, se mantengan tan bajas como razonablemente sea posible. Este principio de optimización se conoce como criterio "ALARA".
- Limitación: la exposición de individuos que resulte de la combinación de todas las prácticas pertinentes debería estar sujeta a límites de dosis y a algún mecanismo de control del riesgo en el caso de exposiciones potenciales.

Estos controles tienen como fin, garantizar la seguridad de los individuos y asegurarse que ninguno sea expuesto a la radiación siempre que sea posible.

5 Discusión-Conclusión

La protección radiológica debe ser nuestra prioridad, ya que es la principal labor del técnico de rayos en quirófano, además de saber controlar el arco, la obtención de imágenes y control de la radiación.

La radiación está totalmente bajo su responsabilidad y de él depende la seguridad del resto de personal de la sala para no ocasionarles efectos perjudiciales. Podría mejorarse de manera que todas aquellas personas tanto médicos, como enfermeros, cirujanos, etc, que se encontrasen en quirófano usasen los elementos de protección, o dar previo aviso en voz alta que se va a dar uso del equipo de rayos X para que el personal que no esté correctamente protegido, pueda abandonar la sala, por el contrario, no se haría uso del equipo de rayos hasta que no estuviese todo el mundo con las medidas de seguridad correctas.

Es importante también estar atento a todo lo que ocurre a nuestro alrededor porque trabajamos con más personas y debemos observar los movimientos que van a hacer ellos para no interferir en su trabajo. Con lo cual buscaremos nuestro espacio donde no obstaculicen a los demás y podamos realizar el nuestro de manera adecuada.

6 Bibliografía

1. CONSEJO DE SEGURIDAD NUCLEAR <https://www.csn.es/proteccion-radiologica>
2. MANEJO DEL ARCO EN C <https://arcoenc1.wixsite.com/arcoenc/untitled-c1t33>.
3. Manual para Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear. Primera ed. Panamericana; 2016.

Capítulo 411

EL ROL DE LOS HIGIENISTAS BUCODENTALES

LUCIA PULPON AYUSO MORALES

MARÍA DEL CORAL LOZANO GUIJARRO

MIRIAM BERMEJO PEÑA

LAURA PLAZA BASCUÑANA

1 Introducción

Siempre se ha visto al Higienista bucodental a la sombra del Odontólogo e incluso se ha confundido con los Auxiliares dentales, por ello es importante alzar la voz y explicar el Rol de los Higienistas Bucodentales.

Como objetivo principal, podemos enumerar la prevención y promoción de la salud bucodental entre los pacientes. Cabe también enumerar otros objetivos (no por ello menos importantes): tratamientos de odontología preventiva como pueden ser limpiezas, colocación de selladores para evitar carias, realizar fluorizaciones, esterilizar el instrumental que se utilice durante la sesión, desinfección de la consulta entre un paciente y otro.

Los Higienistas bucodentales son especialistas en educación bucodental, son los encargados de educar sobre hábitos en higiene y alimentación para así poder prevenir posibles problemas bucodentales. Realizarán un protocolo de preguntas a los pacientes sobre sus hábitos para poder aconsejarles de una manera correcta para mantener una encías sanas y una sonrisa perfecta.

Además, los Higienistas pueden realizar tratamientos blanqueantes siempre bajo la supervisión del odontólogo.

En 1987, en España, se reguló y normalizó la profesión de Higienista Dental con la Ley 10/1987, donde indica que los profesionales que quieran ejercer de Higienista deben cursar un Ciclo Formativo de Grado Superior en Higiene Bucodental.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del Higienista Bucodental.
- Conocer la Ley que regula la profesión de Higienista Dental.
- Conocer la importancia de los Higienistas en la práctica odontológica.

3 Metodología

Para esta elaboración se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de libros, vídeos y también artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Medline, Pubmed y Scielo, seleccionando aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas sobre dicho tema, en este caso: Higienista Bucodental, Ley 10/1987, roles, funciones del higienista.

4 Resultados

A parte de los roles que hemos visto en la introducción del higienista bucodental, también es importante su actitud, es imprescindible una actitud empática y con una buena comunicación verbal, no verbal y paralingüística para poder transmitir la información más relevante sobre su salud bucodental o sobre el tratamiento a seguir o que se esté realizando al paciente.

Las visitas a la clínica dental suelen provocar en el paciente un estado de nervios e incluso de miedo, de ahí la importancia de una actitud empática (como hemos reseñado) para poder aplacar los miedos y los nervios y que el paciente recupere la calma; también es importante que el Higienista tenga la capacidad de trabajar en equipo ya que se tienen que coordinar con los odontólogos para una buena atención bucodental.

Cabe reseñar que una vez adquirida la formación necesaria para desempeñar el papel de Higienista Bucodental, no hay que dejar de formarse y reciclarse con-

stantemente para obtener la capacidad de diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades bucodentales.

Por sus conocimientos y la relación que hay entre el Higienista y los pacientes se podrán atender todas las necesidades e inquietudes que vayan surgiendo tanto a los pacientes como al higienista en relación a los tratamientos llevados a cabo, para poder obtener una buena salud dental, mantener la motivación y la satisfacción del paciente.

Los Higienistas dentales, también llevan a cabo funciones relacionadas con el registro de lo realizado en la consulta de una manera precisa y actualizada: medicamentos recetados, radiografías, exploración, tratamiento realizado en consulta... para poder proporcionar una atención continua y personalizada.

Podemos decir que la experiencia de los Higienistas y los conocimientos de los que disponen hacen posible dicha atención integral y personalizada.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica, podemos concluir, la importancia del Higienista bucodental en el equipo que compone la clínica dental. Su rol tanto de apoyo al Odontólogo como de trabajo en equipo, son vitales para conseguir una salud bucodental personalizada y eficaz.

Si resumimos las funciones esenciales del Higienista, podemos decir que, se encargan del examen y evaluación de la higiene dental, de la limpieza dental y eliminación de placa, de la educación y asesoramiento en higiene oral, establecimiento de tratamientos de prevención, evaluación de la enfermedad periodontal, Radiografías dentales, apoyo en tratamientos y procedimientos, Seguimiento y mantenimiento de los registros.

6 Bibliografía

- <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/salud-dental/prevencion-diagnostico/higienista-dental#:text=La%20principal%20funci%C3%B3n%20de%20un,en%20el%20ordenador%20del%20gabinete>.
- <http://www.hides.es/>

Capítulo 412

DIFERENCIAS ENTRE EL HIGIENISTA BUCODENTAL Y EL AUXILIAR DENTAL

LAURA PLAZA BASCUÑANA

MARÍA DEL CORAL LOZANO GUIJARRO

MIRIAM BERMEJO PEÑA

LUCIA PULPON AYUSO MORALES

1 Introducción

Existe una tendencia de los pacientes y de la población en general, de confundir a los miembros del equipo que conforman la clínica dental, y lo más usual es confundir (por desconocimiento de las funciones) a los Higienistas bucodentales con los auxiliares Dentales. Por ello es vital, analizar de manera exhaustiva los roles de cada uno de ellos.

De manera general podemos aclarar, que la profesión del Higienista Dental es más actual que la profesión del Odontólogo, surgió por la necesidad de que existieran profesionales especializados en los campos de anatomía, fisiología y patología dental para que pudieran llevar a cabo tratamientos bajo la supervisión de los odontólogos. En la actualidad el Higienista bucodental se encarga de realizar tratamientos no invasivos además de la educación sobre la salud y la higiene dental de los pacientes.

En cuanto a la figura del Auxiliar de odontología podemos detallar que la diferencia con el Higienista dental radica en los estudios que llevan a cabo; mientras que el Higienista dental realiza unos estudios como técnico superior que le permitirán ejercer y llevar a cabo tratamientos bucales el auxiliar dental no podrá llevar a cabo esos tratamientos. No existe un título reglamentario como auxiliar de odontología, sino cursos de auxiliar de odontología.

2 Objetivos

- Conocer la diferencia entre el Higienista Bucodental y el Auxiliar dental.
- Exponer los roles del Higienista bucodental y del auxiliar dental.

3 Metodología

Para esta elaboración se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de libros, vídeos y también artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Medline, Pubmed y Scielo, seleccionando aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas sobre dicho tema, en este caso: higienista bucodental, auxiliar dental, títulos oficiales odontológicos.

4 Resultados

Como bien sabemos en la clínica odontológica, se compone de un equipo entre los que se encuentran: el odontólogo, el higienista bucodental y el auxiliar dental (en algunas clínicas pueden existir los administrativos).

El odontólogo será el profesional encargado de supervisar tanto al Higienista bucodental como al auxiliar dental. Partiendo de esto podemos explicar que el Higienista Bucodental se encargará, clínicamente, de aplicar fluoruros tópicos, colocar selladores y fisuras, realizar las profilaxis dentales con ultrasonido y también la supervisión de los blanqueamientos dentales, también se puede ocupar de la esterilización y desinfección del material, asistir al odontólogo y si no existiera un administrativo se encargaría también de la labor administrativa de la clínica (en este punto puede coincidir con el rol de auxiliar de odontología).

En contraposición, el Auxiliar de dental llevará a cabo un papel fundamental con el paciente, ya que será el nexo entre el paciente y la clínica; el auxiliar se

encargará de mantener el mayor trato posible con los pacientes para gestionar las consultas del día.

Como hemos señalado anteriormente la gestión administrativa puede ser tanto del Higienista bucodental como del auxiliar, pero suele ser el papel central del auxiliar, ya que se pondrá en contacto con el paciente tanto personal como telefónicamente, para controlar las citas, actualizar historias clínicas y archivar las mismas, además realizará el control del Stock del almacén, pedidos de material, contactos con los protésicos dentales y también elaborarán presupuestos.

A nivel clínico los Auxiliares pueden encargarse de preparar el material necesario tanto para el Higienista como para el Odontólogo, se encargará de asistir a ambos en la entrega del instrumental que pidan durante la asistencia al paciente, podrán encargarse de la aspiración, el control de la luz e incluso mezcla de materiales.

5 Discusión-Conclusión

Tras una revisión bibliográfica exhaustiva podemos concluir que en un centro clínico ambas figuras, Higienista bucodental como Auxiliar dental, son viales para una atención efectiva y eficaz del paciente. A pesar de tener roles paralelos, es necesario que se trabaje de manera coordinada y en equipo, lo que conllevaría una comunicación efectiva, empatía y coordinación milimétrica para una atención bucal de calidad.

Es importante como profesionales que demos a conocer las funciones y roles propias de cada parte del equipo, para que los pacientes y en general la población no confundan a cada profesional y comprendan que aún realizando diferentes roles, ambos son vitales en la atención clínica.

6 Bibliografía

- <https://charani.es/diferencias-entre-higienistas-y-auxiliares-dentales/>
- <https://www.lavanguardia.com/vida/junior-report/20220920/8536786/que-diferencias-hay-higienista-bucodental-dentista.html>
- <https://www.ladiferencia.net/higienista-dental-vs-asistente-dental/>

Capítulo 413

ESTUDIO DE GAMMAGRAFÍA ÓSEA EN MEDICINA NUCLEAR

MARIBEL CRELGO HERRERO

ANA GARCÍA MARÍN

ELVIRA ZAMORANO BARROSO

MARÍA SABINO AMADO

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

1 Introducción

Hoy en día, las pruebas diagnósticas cada vez son más concretas y sensibles, con el tiempo se han ido desarrollando pruebas más precisas para cada tipo de enfermedad o patologías. La gammagrafía es a día de hoy, una de las primeras armas diagnósticas frente a determinados tratamientos. Realizar pruebas de imagen para el diagnóstico ha provocado un gran avance en el diagnóstico de patologías de todo tipo, especialmente óseas, sin realizar técnicas demasiado invasivas y siendo seguras para el paciente.

Para el diagnóstico precoz de algunas enfermedades la radiología convencional era insuficiente por lo que surgió la Medicina Nuclear como alternativa. Una de las pruebas por imagen más realizadas en este ámbito es la gammagrafía ósea, entre un 40% y un 50%. Gracias a su alta sensibilidad, su precocidad diagnóstica, su poco coste y su baja radiación al paciente. Esta consiste en la obtención de

imágenes óseas a partir de la radiación gamma que desprende el radiofármaco en el organismo del paciente y detectarlo finalmente gracias a una gammacámara.

También tiene sus desventajas respecto a otras pruebas diagnósticas como por ejemplo el tiempo. Son estudios más extensos, ya que se necesita más tiempo de espera y más tiempo de adquisición. No se pueden ver zonas blandas ni ligamentos y además en las articulaciones, nos ofrece peores resultados que en la resonancia.

A pesar de esos inconvenientes, es una prueba muy útil para el diagnóstico de tumores, cáncer en los huesos, metástasis, fracturas que no podemos ver en una imagen de radiología simple, infecciones en el hueso...

2 Objetivos

- Conocer el equipo y funcionamiento de la gammacámara.
- Descubrir el funcionamiento de la gammagrafía ósea.
- Exponer el papel del técnico de radiodiagnóstico en las gammagrafías óseas.
- Buscar lesiones óseas causadas por cualquier tipo de patología benigna o maligna.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo se ha realizado con la experiencia adquirida en este servicio de Medicina Nuclear del hospital. Además se han consultado páginas webs como Doctuo, Docplayer, PetSalud entre otras, libros de radiología y documentos para contrastar y aportar nueva información.

4 Resultados

La gammagrafía ósea no requiere ninguna preparación especial. Antes de la realización de la prueba el paciente debe recibir información sobre la realización de ésta y su duración estimada. Los pacientes deben ser informados de que no es preciso estar en ayunas, la necesidad de una correcta hidratación anterior a la prueba y no llevar nada metálico.

El técnico debe informarse de la posibilidad de embarazo, cualquier retraso en el ciclo menstrual o la lactancia activa de cada paciente. También se encargará

de preguntar acerca de antecedentes traumáticos, quirúrgicos o colocación de implantes (ya que estos aparecen como zona hipercaptante en la imagen), así como la relación con tratamientos médicos recibidos con anterioridad a la prueba. Se procederá a inyectar el radiofármaco necesario y esperar el tiempo estimado de este mismo.

Después de esperar las 2 horas posteriores a la inyección del radioisótopo y antes de proceder a la obtención de las imágenes, el paciente deberá orinar para minimizar la acumulación de actividad en vejiga y no artefactar la imagen final.

Al terminar la prueba el técnico deberá informar de que las 24 horas posteriores a la realización de la prueba no podrá mantener contacto con niños ni embarazadas y tendrá que suspender la lactancia un mínimo de 48 horas. El paciente deberá beber mucho líquido y orinar mucho para la correcta eliminación del radiofármaco.

RADIOFÁRMACOS.

“Un radiofármaco es un compuesto radiactivo usado para el diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades” (citado en el documento de Agentes de diagnóstico y radiofarmacia)

Están formados por una sustancia que actúa como fármaco y un elemento radiactivo (radionúclido).

Los radiofármacos utilizados en la gammagrafía ósea son derivados de los difosfonatos que se marcan con ^{99m}Tc , los más utilizados son ^{99m}Tc -MDP y ^{99m}Tc -HDP. En pacientes pediátricos debe adecuarse la actividad al peso o a la superficie corporal la dosis recomendada es 0,28 mCi/kg, a diferencia de los adultos en la que la dosis sería de 20-30 mCi.

Normalmente, tras las primeras 2 horas de inyección aproximadamente un 50-60% de la dosis administrada se deposita en el esqueleto. Un 35-40% se habrá eliminado por orina y algo menos del 5% queda circulando en sangre.

INSTRUMENTACIÓN.

La instrumentación necesaria para esta prueba consta principalmente de las gammacámaras de uno o de múltiples cabezales (que permiten realizar estudios de cuerpo entero o estudios esqueléticos selectivos), estas gammacámaras poseen colimadores, ventana, matriz y zoom.

La gammacámara es un detector gamma que permite obtener imágenes morfológicas y funcionales a partir de la detección de la radiación gamma procedente del

interior del paciente. Se trata del equipo de detección in vivo más empleado en medicina nuclear. Permite obtener imágenes bidimensionales (planares)

La gammacámara es un detector de centelleo sólido. Consta de un cristal de centelleo que está en contacto en la parte inferior (se sitúa frente al paciente) con un colimador y, en la cara superior, con un conjunto de fotomultiplicadores. Todo este conjunto se encuentra blindado para impedir que otras fuentes de radiación no deseables afecten a su funcionamiento, y a este conjunto se lo denomina cabeza de detección.

PARÁMETROS QUE SE EMPLEAN PARA LA OBTENCIÓN DE LA IMAGEN

- COLIMADOR.

El colimador usado en esta prueba es el de orificios paralelos, que permite obtener una imagen real sin alterar el tamaño de la imagen en el paciente, puesto que sólo los rayos gamma que pueden pasar por el interior de los orificios alcanzando el cristal de centelleo, mientras que el resto son absorbidos en los septos de éstos. Siempre que sea posible, es preferible emplear los colimadores de baja energía para obtener la máxima eficiencia.

Los colimadores que más utilizamos en la gammagrafía ósea son:

- LEAP (low energy all propoosite): filtra energías bajas, es paralelo y tiene resolución/sensibilidad media.
- LEHR (low energy high resolución): filtra energías bajas, es paralelo, tiene baja sensibilidad y alta resolución.

VENTANA Y FOTOPICO.

La ventana es un filtro electrónico que da lugar a la creación de la imagen, es otra herramienta que va a permitir filtrar aquellos fotones que sean poco energéticos o más energéticos.

Los impulsos aceptados reciben el nombre de cuentas, que son las que se van a tener en consideración para generar la imagen, el ruido... La ventana utilizada en las gammagrafías óseas está entre un 15-20% y con un pico de 140 keV, esto provoca que haya calidad y rapidez.

MODOS DE ADQUISICIÓN.

Es la forma de adquirir de la gammacámara. Dependiendo de la información que se busque en cada paciente la prueba se realizará de distinto modo, incluso combinándolos entre ellos. Estos modos son:

- Modo estático: se utiliza para observar imágenes localizadas en las que se necesita una alta resolución, sería el caso de gammagrafía ósea simple. Adquiere imágenes en 2D
- Modo dinámico: adquisiciones en las que se observa la migración del trazador, son estudios rápidos.
- Modo rastreo: se utiliza para estudios de cuerpo completo, principalmente orientado a la búsqueda de metástasis, dolores generalizados o enfermedades metabólicas.
- Modo Spect: obtiene imágenes en 3D y requiere un movimiento de los detectores alrededor del paciente, es aplicado para visualizar patologías de la columna y cóndilos mandibulares, gracias a su aportación de profundidad.

MATRIZ.

Actualmente, todas las imágenes de medicina nuclear se almacenan digitalmente. Cada una de las interacciones detectadas y procesadas se añaden a una celda o contador que registra el número de cuentas en un área del campo de visión de la gammacámara.

La resolución espacial de la imagen depende directamente de la dimensión de la matriz empleada.

En la gammagrafía ósea dependiendo de la fase y del modo en el que se encuentre se utilizará una matriz u otra. En el modo estático la matriz será de 256x256, en el modo dinámico, de 64x64, en el rastreo será rectangular y finalmente en el modo Spect se utiliza una matriz de 128x128.

ZOOM.

El zoom, nos ayuda a ver las imágenes con mayor aumento, etc. Hay dos tipos de zoom:

- ZOOM X1: sería una imagen sin aplicación de zoom, nos permite estudiar regiones grandes (tórax). Todo el cristal de centelleo adquiere por lo que la sensibilidad de conteo es total.
- ZOOM X2: sería una imagen con el máximo de zoom, nos permite visualizar regiones pequeñas (cabeza del fémur, cráneo, niños...). Solo adquiere la parte central del cristal, por lo que tiene menor sensibilidad de conteo, aumenta el tiempo de adquisición, ya que al funcionar únicamente la parte central se tarda más tiempo en llegar a las kilo cuentas exigidas, pero ganamos resolución espacial.

TIEMPO DE ADQUISICIÓN.

En medicina nuclear se adquirieron las imágenes a tiempo o a kilo cuentas, este tiempo de adquisición se ajusta en función del modo del estudio.

Adquirir a kilo cuentas aporta calidad de imagen, esto sirve para ver cómo funcionan los órganos.

En la gammagrafía ósea dependiendo del modo utilizado el tiempo es:

- En el modo estático, se adquieren 500 kilos cuentas.
- En el modo dinámico, se adquiere a 1 minuto con 2 segundos de intervalo, obtendremos 30 imágenes.
- En el modo rastreo, se adquiere multiplicando la velocidad de la camilla por 12cm/min.
- En el modo Spect, se adquiere sumando el número de imagen con el tiempo de adquisición de cada imagen.

TIEMPO DE ESPERA.

En la gammagrafía ósea la prueba pasa por distintas fases, las cuales dependen del estudio que se quiera realizar

- Primera fase (angiogammagrafía): Estudio precoz dinámico valora el flujo sanguíneo en la región a estudiar ,administración intravenosa del radiofármaco e inicio inmediato de la adquisición con uno o dos cabezales.
- Segunda fase (pool vascular): Estudio precoz estático en fase vascular o fase de pool vascular para valorar la perfusión sanguínea. Se realiza adquisición estática con uno o dos cabezales, centrados en la zona seleccionada en la que se pretende identificar o descartar un aumento de vascularización. Es una adquisición, mediante acumulación de cuentas durante 2-4 minutos, que debe realizarse antes de los primeros 5 minutos de la inyección.
- Tercera fase (gammagrafía ósea simple) valora la distribución final del radiofármaco en el esqueleto, debido a la acción o actividad osteoblástica, generalmente se adquiere entre las 2-4 horas tras la inyección del radiofármaco. Es la llamada fase tardía o fase ósea, en la que se puede analizar una zona específica o un estudio de cuerpo entero.

PROYECCIONES ADQUIRIDAS.

Dependiendo del área que queramos estudiar deberemos adquirir distintas proyecciones:

- La proyección de cabeza/cuello: anterior, laterales (derecha e izquierda) y vértex.
- La proyección de tórax/hombros: Proyecciones estándar: anterior y posterior Y

Proyecciones adicionales: laterales, oblicuas

- La proyección de esternón:anterior y oblicuas.
- La proyección de columna vertebral/pelvis: posterior y anterior y posterior respectivamente
- La proyección de cóccix: lateral.
- La proyección de la rama isquiática: caudal
- La proyección de brazos/codos: posterior y lateral
- La proyección de antebrazos/manos: palmar (palma de la mano sobre el detector) o dorsal (dorso de la mano sobre o frente al detector).
- La proyección de fémures/rodillas:anterior, lateral
- La proyección de tobillos/pies: anterior, plantar y laterales

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, en el servicio de medicina nuclear se realizan diferentes tipos de estudios diagnósticos de diferentes partes del cuerpo y diferentes enfermedades. Una de las más solicitadas es la gammagrafía ósea. Es una prueba bastante sencilla de realizar y aporta alta sensibilidad, es decir, no hay apenas porcentaje de error por falsos negativos.

Las gammagrafías con ^{99m}Tc -MDP y ^{99m}Tc -HDP son estudios sencillos que ofrecen un diagnóstico fiable o un seguimiento de la enfermedad, no se limitan únicamente a las patologías malignas oncológicas, sino también son útiles para la artritis, necrosis vascular, para la búsqueda de fracturas, enfermedades metabólicas o algodistrofia.

Las imágenes obtenidas en medicina nuclear, a diferencia de las imágenes radiológicas convencionales, ofrecen imágenes metabólicas y funcionales de los pacientes. La fuente de radiación son ellos mismos y el número de estudios no aumenta la radiación. En cambio en los estudios de imágenes convencionales, el número de proyecciones aumenta la radiación y solo vamos a poder obtener imágenes anatómicas.

6 Bibliografía

1. LIBRO: Francisco Javier Azpeitia Arman, Jordi Puig Domingo, Rafaela Soler Fernández. Manual para Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear.
2. LIBRO: César Díaz García, Francisco Javier de Haro del Moral. Técnicas de exploración en Medicina Nuclear.
3. ARTÍCULO DE REVISTA: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082002000200007
4. PÁGINA WEB AGENTES DE DIAGNÓSTICO Y RADIOFARMACIA: <https://docplayer.es/6627352-1-agentes-de-diagnostico-y-radiofarmacia.html>
5. PÁGINA WEB: <https://www.doctuo.es/pruebas-medicas/gammagrafia-osea>

Capítulo 414

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO EN LA DENSITOMETRÍA ÓSEA

JESÚS MARTÍN ROLDÁN

VANESSA QUIROGA MINAYA

INMACULADA DURAN AMOROS

NEREA CIDFUENTES JIMÉNEZ

ANA MARIN PUERTA

1 Introducción

En el campo de la medicina y la atención de la salud, el diagnóstico preciso y la evaluación de las condiciones médicas son fundamentales para proporcionar el tratamiento adecuado. En este contexto, los Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico desempeñan un rol esencial al utilizar tecnologías de imágenes médicas para obtener información visual crucial que guía el diagnóstico y el plan de atención. Entre las diversas áreas en las que estos profesionales operan, la densitometría ósea se destaca como un componente crucial en la evaluación de la salud ósea y la detección temprana de enfermedades como la osteoporosis. La densitometría ósea es un procedimiento no invasivo que mide la densidad mineral en los huesos y se utiliza para diagnosticar la pérdida de masa ósea, especialmente en personas en riesgo de osteoporosis. En este contexto, los Técnicos

Superiores en Imagen para el Diagnóstico tienen un papel central al realizar y supervisar este procedimiento, garantizando la obtención de imágenes precisas y confiables que son cruciales para la toma de decisiones médicas.

En esta exploración, se analizarán en detalle las funciones que los Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico desempeñan en el contexto específico de la densitometría ósea. Se explorará cómo su experiencia y habilidades son esenciales en la preparación de los pacientes, el posicionamiento adecuado, la operación del equipo, la obtención de imágenes de alta calidad y la colaboración con el equipo médico.

A medida que profundizamos en este tema, se destacará la importancia de los Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico en la densitometría ósea, no solo en la adquisición de imágenes técnicamente precisas, sino también en su contribución al diagnóstico temprano y al bienestar óseo de los pacientes. La integridad y habilidad de estos profesionales en la realización de procedimientos de diagnóstico por imágenes son un componente esencial en el cuidado integral de la salud y la detección temprana de condiciones médicas, particularmente en el ámbito de la densitometría ósea.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios los cuales los podemos dividir en:

Objetivos principales:

1. Conocer y evaluar los principales tratamientos que se ejercen desde el técnico superior en imagen para el diagnóstico en la densitometría ósea.

Objetivos Secundarios:

1. Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con el técnico superior en imagen para el diagnóstico en la densitometría ósea.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre marzo de 2023 y junio de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“bone densitometry” OR densitometry) AND (“diagnostic imaging technician” OR “senior diagnostic imaging technician”).

4 Resultados

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico es un profesional esencial en el ámbito de la salud, desempeñando un papel crucial en la realización de procedimientos de diagnóstico por imágenes. En el contexto de la densitometría ósea, sus funciones revisten gran importancia para evaluar la densidad mineral ósea y diagnosticar condiciones como la osteoporosis. Algunas de las funciones específicas que desempeña un Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en la densitometría ósea incluyen:

- **Preparación del paciente:** El técnico es responsable de preparar al paciente para el procedimiento. Esto implica explicar el proceso, responder preguntas y brindar información sobre cualquier preparación especial requerida antes del examen.
- **Posicionamiento y alineación:** El técnico debe asegurarse de que el paciente esté posicionado de manera correcta y precisa en el equipo de densitometría ósea. La alineación precisa es esencial para obtener imágenes claras y precisas.
- **Operación del equipo:** El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico opera el equipo de densitometría ósea, siguiendo los protocolos establecidos y asegurando que se obtengan las imágenes necesarias para el diagnóstico. Esto requiere un conocimiento profundo del funcionamiento del equipo y la capacidad de ajustarlo según las necesidades específicas de cada paciente.
- **Aseguramiento de la calidad de la imagen:** Garantizar la calidad de la imagen es esencial para obtener resultados precisos y confiables. El técnico debe asegurarse de que la exposición y los ajustes sean adecuados para obtener imágenes de alta calidad.
- **Colaboración con el equipo médico:** El técnico trabaja en estrecha colaboración con médicos y otros profesionales de la salud. Puede ser necesario comunicar hallazgos, proporcionar información adicional sobre el procedimiento y ayudar en la interpretación de los resultados.
- **Atención al paciente:** Durante el procedimiento, el técnico brinda apoyo y comodidad al paciente, ya que algunos pacientes pueden sentirse incómodos o ansiosos durante el examen.
- **Documentación y registros:** El técnico registra toda la información relevante sobre el procedimiento, asegurando que los datos estén disponibles para la interpretación y el diagnóstico médico.

- Cumplimiento de protocolos de seguridad: El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico debe seguir protocolos de seguridad y radioprotección para garantizar la seguridad tanto del paciente como del personal.

5 Discusión-Conclusión

Podemos observar en los estudios analizados en nuestra revisión que, en conclusión, en resumen, las funciones del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en la densitometría ósea van más allá de la operación de equipos. Estos profesionales desempeñan un papel clave en la preparación, posicionamiento, operación y colaboración con el equipo médico para obtener imágenes de alta calidad que ayuden en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades óseas como la osteoporosis.

Las funciones del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en la densitometría ósea abarcan desde la preparación del paciente y la operación del equipo hasta la colaboración con el equipo médico y la garantía de la calidad de la imagen. Estos profesionales desempeñan un papel crucial en el proceso de diagnóstico y tratamiento de enfermedades óseas, asegurando que los pacientes reciban atención precisa y de alta calidad.

6 Bibliografía

1. Valencia Chi6n F, Correa L6pez LE, Huarachi Morales L, Huam6n Guerrero O, De la Cruz Vargas JA. Diabetes mellitus tipo 2 asociado a osteoporosis en pacientes post menopausicas del Hospital Nacional Hipolito Unanue en el per6odo 2014-2016. Revista Facultad Medicina Humana. 2016; 16(3): 46-52.
2. Barraza Chavesta LA. Nivel de conocimiento y estilos de vida frente a osteoporosis en las personas mayores de 50 a6os del distrito de la Victoria del Departamento de Lambayeque en el 2015. Chiclayo; 2017.
3. Torres Meza M. Prevalencia de fracturas vertebrales segun morfometr6a densitométrica en pacientes con osteoporosis: Clínica de Especialidades Médicas Junio 2014-Febrero 2015. Lima; 2016.
4. Ayala Corcuera LC, Gomez Cabanillas E. Riesgo de osteoporosis y su relaci6n nutricional en adultos de ambos sexos del Centro Poblado Las Lomas del Distrito Huanchaco, Abril del 2015. Trujillo; 2015.
5. Zuta Montoya DH. Asociaci6n entre factores de riesgo de osteoporosis y nivel de instrucci6n en un grupo de mujeres adultas de Cercado de Lima. 2015..

6. Pedraza Huarcaya YP. Efectividad del programa educativo innovador en el nivel de conocimiento sobre prevención de osteoporosis de las mujeres en el climaterio. Programa vaso de leche Micaela Bastidas. Ate Vitarte. 2013. Lima ; 2014.
7. Gonzáles Ruiz E, Álvarez Miño L, Borré Ortiz YM, Rivas Oduber E, Serrano Angarita NS, Tavera Galeano N. Prevalencia y factores asociados a osteoporosis en pacientes de Santa Martha. *Enfermería Global*. 2016 Enero;(41): 153-163.
8. Navarro Mendoza EP, Tejada Marín JW, Carrillo C, E. Guzmán G, arango LG. Prevalencia de la insuficiencia de vitamina D en pacientes con osteoporosis. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2016 Enero;(23).
9. Aisa Álvarez A, Espinoza Sevilla A, Torres Pacheco MÁ, Díaz Greene E, Rodríguez Weber F. Factores de riesgo y prevalencia de osteoporosis y masa ósea baja en el Hospital Ángeles pedregal, Ciudad de México. *Medicina Interna de México*. 2015;(31): 25-33.

Capítulo 415

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO EN LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA HACIA LOS PACIENTES HOSPITALARIOS

JESÚS MARTÍN ROLDÁN

ANA MARIN PUERTA

NEREA CIDFUENTES JIMÉNEZ

INMACULADA DURAN AMOROS

VANESSA QUIROGA MINAYA

1 Introducción

En el campo de la medicina y la radiología, la seguridad y el bienestar de los pacientes son consideraciones fundamentales en todas las etapas de atención. Dentro de este contexto, el papel del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico se destaca en la protección radiológica hacia los pacientes hospitalarios que se someten a estudios de imágenes que involucran radiación ionizante. La protección radiológica es un conjunto de prácticas y medidas diseñadas para minimizar la exposición a la radiación y garantizar que los procedimientos radiológicos se realicen de manera segura y eficiente.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico desempeña una función esencial en esta protección radiológica, ya que es responsable de llevar a cabo procedimientos de diagnóstico por imágenes de manera segura y responsable. En este contexto, esta exploración se enfocará en examinar detalladamente cómo el técnico contribuye al bienestar y la seguridad de los pacientes hospitalarios a través de sus prácticas y acciones en el ámbito de la protección radiológica.

Se explorarán las diversas funciones y responsabilidades del técnico en este aspecto, que incluyen la selección de técnicas apropiadas, el uso de dispositivos de protección, la comunicación efectiva con los pacientes y la adaptación a situaciones específicas. También se abordará cómo el técnico trabaja en colaboración con el equipo médico y sigue regulaciones y pautas de seguridad radiológica para garantizar la máxima protección posible.

A medida que profundizamos en este tema, se destacará la importancia de la protección radiológica en la práctica del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico, no solo como una medida de seguridad, sino también como una parte esencial de brindar atención médica de calidad. La integridad y las competencias en la protección radiológica contribuyen directamente a la confianza y al bienestar de los pacientes hospitalarios que confían en la experiencia de estos profesionales para obtener diagnósticos precisos y seguros.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios los cuales los podemos dividir en:

Objetivos principales:

1. Conocer y evaluar los principales tratamientos que se ejercen desde el técnico superior en imagen para el diagnóstico en la protección radiológica del paciente.

Objetivos Secundarios:

1. Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con el técnico superior en imagen para el diagnóstico en la protección radiológica del paciente.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y PEDro. Hemos realizado una búsqueda entre marzo de 2023 y mayo de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“radiation protection patients” OR “radiological protection”) AND (“diagnostic imaging technician” OR “senior diagnostic imaging technician”).

4 Resultados

La protección radiológica es una consideración fundamental en el ámbito de la salud, especialmente cuando se trabaja con tecnologías de imágenes médicas que involucran radiación ionizante. En este contexto, el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico desempeña un rol crítico en garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes hospitalarios que se someten a estudios radiológicos. El desempeño del técnico en protección radiológica es esencial para minimizar los riesgos asociados con la exposición a la radiación y asegurar que los procedimientos se realicen de manera segura y efectiva.

La protección radiológica hacia los pacientes hospitalarios involucra una serie de funciones y responsabilidades que el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico debe llevar a cabo:

1. Evaluación de riesgos: Antes de realizar cualquier procedimiento radiológico, el técnico debe evaluar el riesgo asociado con la exposición a la radiación. Esto implica tener en cuenta factores como la edad del paciente, la naturaleza del estudio y la cantidad de radiación requerida para obtener imágenes de calidad.
2. Educación y comunicación: El técnico debe explicar claramente el procedimiento al paciente, brindando información sobre los riesgos y beneficios. La comunicación efectiva es esencial para que el paciente comprenda la importancia de seguir las instrucciones durante el estudio.
3. Posicionamiento preciso: Asegurar un posicionamiento preciso del paciente es esencial para obtener imágenes claras y reducir la necesidad de repetir el procedimiento. Un posicionamiento adecuado también minimiza la exposición innecesaria a la radiación.
4. Ajuste de parámetros técnicos: El técnico debe ajustar cuidadosamente los parámetros técnicos del equipo radiológico para obtener la cantidad mínima de radiación necesaria para obtener imágenes diagnósticas útiles.
5. Uso de protección: El uso de delantales plomados, protectores tiroideos y otros dispositivos de protección es importante para reducir la exposición a la radiación en áreas sensibles del cuerpo.
6. Reducción de repeticiones: Un enfoque cuidadoso y competente en la obtención de imágenes puede reducir la necesidad de repetir el procedimiento debido a imágenes de baja calidad, lo que a su vez disminuye la exposición total del

paciente a la radiación.

7. Monitoreo y seguimiento: El técnico debe monitorear constantemente la exposición a la radiación del paciente durante el procedimiento y ajustar según sea necesario para minimizar la dosis.

8. Registro y documentación: El técnico debe mantener registros precisos de los procedimientos radiológicos realizados, incluyendo la cantidad de radiación utilizada y otros detalles relevantes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el desempeño en la protección radiológica del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico hacia los pacientes hospitalarios es una responsabilidad crítica en la obtención de imágenes diagnósticas. La combinación de habilidades técnicas, conocimiento en regulaciones y enfoque en la seguridad contribuye directamente a la protección de los pacientes frente a la radiación ionizante, asegurando una atención médica efectiva y segura en el campo de la radiología. Los técnicos deben participar en programas de educación continua para mantenerse actualizados sobre las últimas tecnologías y técnicas en radiología, incluyendo aquellas que promuevan la reducción de dosis de radiación. En resumen, el desempeño en la protección radiológica por parte del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico es esencial para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes hospitalarios. La combinación de conocimientos técnicos, habilidades de comunicación y enfoque cuidadoso en la realización de procedimientos radiológicos contribuye directamente a la minimización de los riesgos y la promoción de prácticas seguras en el ámbito de la radiología médica.

6 Bibliografía

1. Mantecón A, Juan M, Calafat A, Becoña E, Román E. Respondentdriven sampling: un nuevo método de muestreo para el estudio de poblaciones visibles y ocultas. Adicciones 2008; 20: 161-9. 20. PPrincipio as low as reasonably achievable (ALARA) URL:[https:// www.researchgate.net/profile/Donald-Miller-12/publication/272504868_The_ALARA_principle_in_medical_imaging/links/54e8bfaa0cf2f7aa4d529ffd/The-ALARA-principle-in-medicalimaging.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Donald-Miller-12/publication/272504868_The_ALARA_principle_in_medical_imaging/links/54e8bfaa0cf2f7aa4d529ffd/The-ALARA-principle-in-medicalimaging.pdf).
2. Martínez-González MA. Bioestadística amigable. 3 ed. Madrid: Elsevier; 2014.
25. Instituto Nacional de Estadística. URL: <https://www.ine.es/>

dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981.

3. Asociación Francesa de Profesionales de Electrorradiología. Censo de centros educativos. URL: http://new.afppe.com/profession/ecoles#les_ecoles.

4. González DL. Ya no es sólo por necesidad de salud pública, sino por dignidad. *Imagen Diagnóstica* 2021; 12: 31-2.

5. Ruiz C, Llopis D, Roman A, Alfayate E, Herrera-Peco I. Spanish radiographers' concerns about the COVID-19 pandemic. *Radiography* 2021; 27: 414-8.

Capítulo 416

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA INMOVILIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO RADIOLÓGICO

JESÚS MARTÍN ROLDÁN

INMACULADA DURAN AMOROS

VANESSA QUIROGA MINAYA

ANA MARIN PUERTA

NEREA CIDFUENTES JIMÉNEZ

1 Introducción

En el ámbito de la radiología médica, la obtención de imágenes diagnósticas de alta calidad es esencial para el diagnóstico y el tratamiento efectivo de diversas condiciones médicas. Para lograr esto, la inmovilización precisa y segura del paciente durante la realización de estudios radiológicos juega un papel fundamental. El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico desempeña un rol clave en este proceso al garantizar que el paciente esté adecuadamente inmovilizado, lo que contribuye a la obtención de imágenes claras, sin distorsiones y sin riesgos innecesarios para el paciente y el personal involucrado.

Esta exploración se enfocará en analizar en detalle las actuaciones del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en relación con la inmovilización del paciente para la realización de estudios radiológicos. Se examinará cómo su experiencia y habilidades son fundamentales para asegurar la precisión y la calidad de las imágenes obtenidas, así como para garantizar la comodidad y seguridad del paciente durante el procedimiento.

La inmovilización del paciente implica una serie de pasos y consideraciones, desde la preparación hasta la adaptación a situaciones específicas, como pacientes pediátricos o aquellos con movilidad reducida. Además, se resaltarán la importancia de la comunicación efectiva con el paciente para asegurar su cooperación y confort durante el proceso de inmovilización.

A medida que profundizamos en este tema, se subrayará cómo las actuaciones del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en la inmovilización del paciente son esenciales para el éxito de los estudios radiológicos y, por ende, para el diagnóstico y el tratamiento adecuados de las condiciones médicas. La precisión, la seguridad y la colaboración con el equipo médico convergen en un esfuerzo colectivo para brindar atención médica de calidad y garantizar el bienestar del paciente durante todo el proceso radiológico.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios los cuales los podemos dividir en:

Objetivos principales:

1. Conocer y evaluar los principales tratamientos que se realizan el técnico superior en imagen para el diagnóstico en la inmovilización del paciente para la realización del estudio radiológico.

Objetivos Secundarios:

1. Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con el técnico superior en imagen para el diagnóstico en la inmovilización del paciente para la realización del estudio radiológico.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2023 y julio de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“immobilization of the patient” OR “realization of the radiological study”) AND (“diagnostic imaging technician” OR “senior diagnostic imaging technician”).

4 Resultados

La inmovilización del paciente durante la realización de estudios radiológicos es esencial para obtener imágenes de alta calidad y precisión. En este contexto, el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico desempeña un papel fundamental al garantizar que el paciente esté adecuadamente inmovilizado para obtener imágenes diagnósticas claras y sin distorsiones. Las actuaciones de estos profesionales en la inmovilización del paciente son esenciales para asegurar el éxito de los procedimientos radiológicos y la comodidad y seguridad del paciente. Las siguientes son algunas de las actuaciones clave del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en la inmovilización del paciente para la realización de estudios radiológicos:

- **Preparación y explicación:** El técnico se comunica con el paciente, explicando el procedimiento y la necesidad de la inmovilización. Esto ayuda a reducir la ansiedad del paciente y fomenta su cooperación.
- **Selección de dispositivos de inmovilización:** El técnico selecciona y prepara los dispositivos de inmovilización adecuados según el tipo de estudio y la parte del cuerpo a examinar. Estos dispositivos pueden incluir almohadillas, correas, férulas y otros accesorios.
- **Posicionamiento preciso:** El técnico posiciona al paciente en la posición correcta según las indicaciones médicas y la técnica requerida para el estudio. El objetivo es obtener la alineación óptima para capturar la parte del cuerpo de interés.
- **Asegurar la comodidad:** A pesar de la inmovilización, el paciente debe sentirse cómodo y seguro. El técnico ajusta los dispositivos y se asegura de que el paciente no experimente incomodidades extremas durante el procedimiento.
- **Minimizar el movimiento:** Durante la obtención de imágenes, el técnico asegura que el paciente mantenga la posición requerida y minimice cualquier movimiento que pueda distorsionar las imágenes.
- **Comunicación constante:** El técnico se mantiene en comunicación constante con el paciente durante el procedimiento, brindando instrucciones para cualquier ajuste necesario y ofreciendo apoyo para mantener la posición.
- **Adaptación a condiciones específicas:** En el caso de pacientes pediátricos, ancianos o personas con discapacidades, el técnico debe adaptar las técnicas de

inmovilización para garantizar la seguridad y la cooperación del paciente.

- Colaboración con el equipo médico: El técnico trabaja en colaboración con el equipo médico para asegurarse de que la posición y la inmovilización sean apropiadas para el estudio y el diagnóstico.
- Documentación: Después del procedimiento, el técnico debe documentar el tipo de inmovilización utilizada, así como cualquier observación relevante sobre la comodidad y la cooperación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Podemos observar en los estudios analizados en nuestra revisión que, en conclusión, las actuaciones del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en la inmovilización del paciente son esenciales para obtener imágenes radiológicas de alta calidad y precisión. Estos profesionales desempeñan un papel clave al posicionar y asegurar a los pacientes durante los procedimientos, garantizando no solo la calidad de las imágenes, sino también la seguridad y la comodidad del paciente durante la realización de estudios radiológicos. El papel del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en la inmovilización del paciente para la realización de estudios radiológicos es fundamental para obtener imágenes de alta calidad y garantizar la seguridad y comodidad del paciente. A través de sus actuaciones expertas y cuidadosas, estos profesionales contribuyen de manera significativa al proceso de diagnóstico médico y al bienestar general del paciente. En última instancia, las actuaciones del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en la inmovilización del paciente en estudios radiológicos tienen un impacto directo en la calidad de la atención médica. A través de su conocimiento técnico, habilidades de comunicación y enfoque en el paciente, estos profesionales aseguran que el proceso de diagnóstico por imágenes se realice de manera efectiva, segura y cómoda, lo que a su vez beneficia tanto al paciente como al equipo médico en su conjunto.

6 Bibliografía

1. Kornhall DK, Jorgensen JJ, Brommeland T, Hyldmo PK, Asbjornsen H, Dolven T, Hansen T, Jeppesen E. The Norwegian guidelines for the prehospital management of adult trauma patients with potential spinal injury. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2017; 25:2.
2. ATLS American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced-Trauma Life Support (ATLS) Student Course Manual, 10th ed. American Col-

lege of Surgeons.Chicago, IL. 2018; 128-148.disponible en : <https://viaaerearcp.files.wordpress.com/2018/02/atls-2018.pdf>.

3. Kreinest M, Gliwitzky B, Schuler S, Grutzner PA, Munzberg M. Development of a new Emergency Medicine Spinal Immobilization Protocol for trauma patients and a test of applicability by German emergency care providers. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*. 2016;24:71 doi: 10.1186/s13049-016-0267-7.

4. Liao S, Schneider NRE, Hüttlin P, Grütznert PA, Weilbacher F, Matschke S, et al. Motion and dural sac compression in the upper cervical spine during the application of a cervical collar in case of unstable craniocervical junction-A study in two new cadaveric trauma models. *PLoS One*. 2018;13: e0195215.

5. Prasarn ML, Horodyski M, DiPaola MJ, DiPaola CP, Del Rossi G, Conrad BP, Rechtine GR. Controlled laboratory comparison study of motion with football equipment in a destabilized cervical spine: three spine-board transfer techniques. *Orthop J Sports Med*. 2015;3: 2325967115601853.

6. Gordillo R, Alcaraz PE, Manzano F, Freitas TT, Martín-Cascales E, Juguera L, et al. Análisis cinemático de la columna vertebral durante la colocación de dos dispositivos: tablero espinal frente a la camilla de cuchara. *Emergencias*. 2017; 29:43-5.

7. Reynard FA, Flaris AN, Simms ER, et al. Kendrick's extrication device and unstable pelvic fractures: Should a trochanteric belt be added? A cadaveric study. *Injury*. 2016; 47(3): 711-716.

Capítulo 417

ARTEFACTOS EN RESONANCIA MAGNÉTICA

DIHIA MAMMERI PÉREZ

1 Introducción

Los artefactos en las imágenes obtenidas mediante resonancia magnética son alteraciones que no corresponden con la disposición espacial real de los tejidos. Estas alteraciones se deben al defecto o exceso de señal.

Ya que esto es un gran inconveniente para la realización de los estudios de resonancia magnética, se deben evitar o reducir, debido a que su aparición distorsiona la imagen y puede incluso impedir la detección de alguna lesión que posea el paciente.

Hay varios tipos de artefactos pudiéndose clasificar en función de su causa: debido al paciente, a la obtención de la imagen, provocado por los gradientes del campo magnético o debido a las antenas.

Dentro de cada categoría encontramos distintos tipos de alteraciones, siendo algunos más comunes que otros, pero todos posibles independientemente del tipo de resonancia que se utilice.

El TSID (técnico superior en imagen para el diagnóstico) es el encargado de evitar estos artefactos y saber identificarlos, para ello deben conocerse los tipos que existen, qué los provoca y cómo solucionarlos, ya que no todos son provocados por el mismo motivo ni se pueden solucionar de la misma forma.

Un estudio de resonancia magnética de calidad no debe poseer ningún artefacto que afecte o distorsione la imagen.

2 Objetivos

- Exponer los artefactos más comunes en resonancia magnética.
- Explicar qué los provoca y cómo minimizar su aparición o evitarlos completamente.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo, he llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. He consultado varios artículos científicos en las siguientes páginas de información: Google Scholar, PubMed, Scielo, Elsevier y Dialnet.

4 Resultados

Artefactos relacionados con el paciente.

Estos artefactos se deben al movimiento del paciente durante la adquisición de la imagen, produciendo una baja nitidez y falsas estructuras.

Es uno de los artefactos más frecuentes, por lo que es necesario explicarle al paciente en qué consiste la prueba, su duración, el ruido que va a producir la máquina y que debe estar todo lo inmóvil que pueda porque si no podría salir mal.

Aunque el paciente aguante inmóvil durante toda la prueba, también se pueden dar movimientos involuntarios que podrían afectar a la imagen, como son los movimientos debidos a la respiración, movimientos cardíacos, peristálticos o debidos a flujos sanguíneos o del líquido cefalorraquídeo.

Si estos movimientos son constantes, como es el caso del latido del corazón o el movimiento respiratorio, se producen falsas imágenes llamadas fantasmas, que son réplicas de la anatomía que aparecerán en intervalos regulares a lo largo de FOV (field of view). También se puede observar un movimiento no constante, provocando el denominado emborronamiento, observándose una pérdida de nitidez.

Estos artefactos se pueden corregir de diferente manera en función de la causa. Los movimientos cardíacos se corrigen mediante un gating cardíaco, esto consiste en la colocación de unos electrodos de carbono en el pecho del paciente, encargados de sincronizar el ciclo cardíaco de manera que se obtenga la imagen en el mismo punto del ciclo. De esta manera el tiempo de adquisición va en fun-

ción de la frecuencia cardiaca, cuanto más rápida sea la respiración, más rápida es la adquisición.

En el caso de los movimientos respiratorios solo se pueden disminuir y no eliminar. Para ello se coloca un gating respiratorio, una banda rodeando el pecho del paciente, de manera que se expande y contrae cuando el pecho sube y baja, monitorizando la respiración. Otra opción sería la realización de secuencias rápidas en apnea como son las secuencias eco de gradiente (EG) que permite un TR (tiempo de repetición) corto.

Los movimientos peristálticos son continuos y aleatorios, por lo que sería más complicado sincronizar la adquisición de la imagen. Para evitar estos movimientos se le administra a la paciente, con un ayuno de cinco horas, un fármaco antiperistáltico, el cual tiene una duración de unos veinte minutos, lo necesario para realizar la prueba.

Los artefactos de flujo se corrigen mediante pulsos de compensación, se aplican pulsos de gradiente adicionales en sentido opuesto para eliminar los desplazamientos de fase causados por el movimiento. Estos gradientes se pueden insertar en cualquier momento de la secuencia.

Otra opción para evitar este tipo de movimientos de manera generalizada, serían las bandas de saturación. Se trata de bandas paralelas a la dirección del corte, destinan un pulso de 90° a todos los tejidos que se encuentran dentro de la banda, justo antes del pulso de excitación de radiofrecuencia. Así se consigue que la señal que viene de la zona externa no esté en fase cuando se coja la señal de la zona de estudio, evitando el artefacto de movimiento.

Por otro lado, la presencia de un objeto metálico produce una pérdida de señal y una deformidad de la imagen. Un ejemplo de este tipo de artefactos sería cuando los pacientes poseen prótesis metálicas u ortodoncia.

En caso de que el paciente no sea colaborador, como son pacientes pediátricos o desorientados, se debe proceder a la inmovilización o sedación, siempre y cuando no sea posible el uso de secuencias rápidas.

Artefactos relacionados con el sistema de obtención de imágenes.

Estos dependen del tipo de secuencias utilizadas, del grosor de corte, campo de visión...

Hay varios tipos en los que encontramos: artefactos de superposición, de truncación, de desplazamiento químico, de cancelación de fase y por volumen parcial. Los artefactos de superposición se basan en la superposición de un extremo de la zona de estudio en el lado contrario de la imagen. Esto se produce cuando el tamaño de la zona a estudio es mayor que el FOV (field of view) utilizado. Hay varias soluciones para este tipo de artefactos: aumentar el FOV (field of view),

cambiar la dirección de fase, pulsos de saturación o la utilización de antenas de superficie.

En cuanto a los artefactos de truncación, son producidos por no adquirir información suficiente en la lectura de la señal. Para prevenir este artefacto se puede aumentar el tamaño de la matriz o usar filtros de datos brutos, estos últimos filtran los datos obtenidos antes de la reconstrucción de imagen, pero no es muy útil, ya que provocan una pérdida de nitidez.

Artefactos por desplazamiento químico son aquellos producidos por una pequeña diferencia entre la frecuencia de precesión del átomo de hidrógeno ligado a la grasa y el ligado al agua. Debido a esto se observa en la imagen una banda hiperintensa donde las señales agua-grasa se superponen y una banda hipointensa donde se separan. La solución a este efecto sería la utilización de técnicas de supresión grasa, como son las secuencias STIR y FAT-SAT, aumentar el ancho de la banda o reducir el tamaño del FOV (field of view)

Cuando un artefacto por desplazamiento químico aparece en secuencias de gradiente de eco, se denomina artefacto de cancelación de fase. Esto provoca una banda hipointensa en forma de anillo que rodea el límite entre el agua y la grasa. Para que esto no suceda se debe ajustar el TE (tiempo de eco) de manera que los protones de agua y grasa se encuentren en fase cuando se recoja la señal.

Los últimos artefactos de este grupo son los artefactos por volumen parcial, se producen cuando en un voxel se mezclan señales de diferentes tejidos recogidas en poco tiempo, en la imagen se verá una mezcla de intensidades que en realidad no existe. Para evitar esto se debe reducir el grosor de corte, disminuyendo así el volumen del vóxel y la cantidad de intensidades de tejido que participan en él.

Artefactos relacionados con los gradientes.

Los fallos en las bobinas de gradientes pueden llegar a producir una compresión o no visualización de la imagen, apareciendo una interferencia.

Dentro de este tipo de artefactos, uno de los más comunes es el artefacto por corrientes inducidas, producido por la pérdida de linealidad de los gradientes magnéticos al usar varios gradientes en secuencias ultrarrápidas, observándose en la imagen emborronamiento o desplazamiento espacial. Para evitarlo se debe usar una antena adecuada para este tipo de secuencias ultrarrápidas, usar gradientes apantallados y usar secuencias basadas en las diferencias en los tiempos de relajación.

Artefactos relacionados con la antena.

Uno de los artefactos es debido a las interferencias de radiofrecuencias que están

dentro del rango que capta la antena. Para que no se produzca este artefacto se debe tener en cuenta varios aspectos como son el estado de la jaula de Faraday, que el grado de humedad de la sala sea óptimo, evitar que el paciente lleve durante la prueba ropa con fibras sintéticas y revisar el estado de las bombillas de la sala. Los artefactos crosstalk se producen en imágenes de cortes múltiples, se entrecruzan los cortes programados y no se recibe correctamente la señal. Se crea un solapamiento de la señal de un corte vecino, de manera que esos puntos donde se solapan son excitados doblemente, produciendo bandas oscuras como producto de la pérdida de señal en ese punto. Es muy común sobre todo en el estudio de la columna lumbar. Para que no se produzca se debe evitar la superposición de los cortes y el uso de secuencias eco espín.

5 Discusión-Conclusión

Existen muchos tipos de artefactos distintos, por lo que a la hora de realizar un estudio de resonancia magnética, el TSID (técnico superior en imagen para el diagnóstico) debe tener muchas cosas en cuenta para realizar un estudio de calidad. Todos ellos se pueden llegar a evitar del todo, siendo unos pocos, como es el caso de los artefactos provocados por los movimientos respiratorios del paciente, que solo se pueden minimizar pero no eliminar del todo.

Hay que tener varios aspectos en cuenta, desde la colaboración del paciente, la buena programación del estudio, hasta las condiciones en las que se encuentra la jaula de Faraday.

6 Bibliografía

- 1.Gwiazdowski, F. J. (2021, 18 mayo). Los artefactos más frecuentes en resonancia magnética, tomografía computarizada y ecografía que todos los radiólogos deberían conocer. <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/3791>
- 2.Cesar LJ, Schueler BA, Zink FE, Daly TR, Taubel JP, Jorgenson LL. Artefacts found in computed radiography. Br J Radiol. 2001 Feb;74(878):195-202. doi: 10.1259/bjr.74.878.740195. PMID: 11718396.

Capítulo 418

EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN EMERGENCIAS

JORGE MARTINEZ ALVAREZ

1 Introducción

Es de vital importancia el servicio de imagen para el diagnóstico en los servicios de urgencias hospitalarias, y más aún cuando hablamos de emergencias que precisan de unas pruebas rápidas y eficientes para su rápido diagnóstico e incluso a veces tratamientos. El hecho de tener equipo de imagen de nueva tecnología hace que encontremos disparidad en los resultados si comparamos con equipos de menos tecnología.

También es importante tener un equipo de profesionales cualificados y formados en el manejo de estas nuevas tecnologías para utilizarlas de forma correcta y con eficiencia ante cualquier evento que aparezca en la sala de imagen para unos resultados adecuados, puesto que el manejo de la nueva tecnología conlleva una responsabilidad con el paciente. Debemos tener en cuenta que en el caso de los servicios de urgencias se encuentra una gran afluencia de pacientes que precisan pruebas de todo tipo con diferente tipo de sistemas novedosos que hacen que la espera disminuya gracias a la rapidez en las que se pueden realizar dichas prueba y ayudan a que los servicios de urgencias no se colapsen cuando en muchas ocasiones el diagnóstico médico y el alta se ven retrasados por los diferentes tipos de pruebas a las que se ven sometidos los pacientes que acuden a ellos.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de instalar equipos de nueva tecnología en los servicios de urgencia.

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

Después de revisar la información recopilada, está claro que el uso de las radiografías ha supuesto uno antes y un después en los servicios médicos para la resolución y diagnóstico de problemas de salud, como que su evolución a lo largo de los años ha conseguido un avance incalculable.

Conforme los equipos de radiodiagnóstico avanzan en cuanto a tecnología implementada, a su vez avanzan los programas de obtención y de bases de datos para un envío de información rápido y conciso, sin riesgo de que se pierda esta información por el camino como ocurría antes con las radiografías de tipo impreso quedando todo en el sistema informático.

Este tipo de sistemas facilitan el trabajo en los servicios donde se realizan radiografías tanto para el diagnóstico como para el tratamiento que necesitan recibir los pacientes y en ciertas ocasiones para el tratamiento in situ de algunas patologías. Aunque este avance es más que significativo, está claro que seguirá avanzado y progresando para una mejor atención del paciente cuando sea necesario.

Además, el uso de esta tecnología en los servicios como pueden ser de urgencias ayuda a disminuir la espera de los pacientes que acuden al servicio para una atención urgente, haciendo que estos servicios trabajen de forma más eficaz, haciendo que el trabajo sea más llevadero tanto para el trabajador sanitario como para el paciente que en ocasiones se ponen nerviosos cuando la espera es superior a la esperada en el servicio de urgencias junto con el retraso de su tratamiento cuando produce dolor incontrolable como cuando se produce un esguince de grado III.

Por ello es importante que el técnico de radiodiagnóstico esté formado en las nuevas tecnologías que se instalan en sus servicios de rayos para poder realizar su trabajo de forma rápida y adecuada en función de lo que precisen los pacientes para una actuación óptima y segura para ellos.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar, señalar que los servicios de urgencias son subsidiarios de tener equipos sanitarios de gran avance tecnológico que faciliten la realización de pruebas de forma rápida y eficaz para conseguir resultados rápidos y de forma automática.

Estos equipos nuevos suelen tener más ventajas, además de la realización de pruebas de imagen de forma rápida, como puede ser el diagnóstico de ciertas patologías e incluso a veces ayudan a realización de tratamientos in situ que consiguen una mayor eficiencia en el servicio. Por ello se considera que esta implementación de nuevas tecnologías con el tiempo se convertirá en un imprescindible para el personal sanitario que se encuentra en las unidades de urgencias.

6 Bibliografía

1. De la Cruz Pérez, M. D. (2021). De la radiología convencional a la radiología digital. <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/15603>.
2. Rodriguez, A., Martínez, L., & Reyes Alvarado, S. (2023). Uso de nuevas tecnologías en Radiología e imágenes diagnósticas y su relación con las competencias profesionales y/o perfil de egreso del Licenciado en Radiología de Panamá y Latinoamérica en los últimos 15 años. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 6762–6788. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4929.

Capítulo 419

ALTA SENSIBILIDAD Y APOYO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

VANESA FERNÁNDEZ DACRUZ

1 Introducción

El término PAS deriva del inglés HSP (High Sensitive person) y fué descrito por la Dra. Elaine Aron en los 90, se refiere a alguien que tiene una sensibilidad emocional y sensorial muy acusada, más que la mayoría de la población. Su sistema nervioso o neurosensorial capta lo que para muchos pasa desapercibido, lo que puede influir en cómo experimentan las emociones, procesan la información y se relacionan con su entorno, puesto que viven todo con mucha intensidad y de forma profunda.

Se calcula que afecta a un 15-20% de la población, el equivalente a dos de cada diez personas, y estas personas se sienten desde la infancia en minoría, distintas a los demás, que no encajan con la sociedad, habiendo un componente de predisposición, heredado e influencia del entorno.

El concepto médico se refiere a un rasgo de personalidad más temperamental, a un síndrome pero no un trastorno mental, aunque pueda repercutir en la salud de las personas de varias formas. Al sentir todo tan profundamente pueden llegar a experimentar trastornos ansiosos, depresivos y del sistema inmunitario. Debido al desconocimiento de la alta sensibilidad se tiende a confundir con inestabilidad emocional.

Muchos piensan que es una enfermedad, pero más bien es un rasgo de personalidad que puede repercutir en nuestra salud tanto física como mental.

2 Objetivos

-Analizar las características y causas de la personalidad altamente sensible y comprender sus rasgos comunes y cómo estos les afectan.

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 personas altamente sensibles poseen una serie de rasgos o características comunes.

Entre ellas señalamos que son buenos oyentes y consejeros puestos a que su empatía es muy profunda y esto les capacita para un mayor entendimiento del sentir del otro.

Asimismo, les afecta mucho los estímulos sensoriales, evitan las luces brillantes, texturas desagradables, ruidos fuertes, entre otros.

Les cuesta tomar decisiones debido a que piensan todo mucho porque la información que les llega la procesan a nivel más profundo.

Son intensos en general, viven tanto lo positivo como lo negativo al máximo. Esto les desgasta física y emocionalmente, por lo que necesitan aislarse para recuperarse.

Gran sensibilidad al entorno, les afecta el desorden, los cambios y lo que se sale de lo cotidiano. Repercutiendo a nivel físico.

Percepción muy alta, lo que para otros pasaría desapercibido para ellos no. Se fijan en cada detalle lo que puede beneficiarles a la hora de crear o analizar.

Evitan los riesgos, o dicho de otra forma, son más precavidos.

Son muy intuitivos y les cuesta también recibir y aceptar críticas, ya que se sienten culpables por ser diferentes según su percepción.

Cuando una carga de trabajo es elevada o deben atender a varias tareas se les dificulta, por lo que ir paso a paso les resulta más beneficioso para evitar el estrés.

Muy a menudo somatizan el estrés a nivel muscular con fuertes dolores que en ocasiones pueden ser incapacitantes e incluso otro tipo de somatizaciones que derivan en migrañas o problemas gastrointestinales.

Es importante destacar que ser una persona altamente sensible no es una condición médica ni un trastorno. Es simplemente una forma única de ser y experimentar el mundo. Las personas altamente sensibles pueden beneficiarse de aprender a manejar su sensibilidad, establecer límites adecuados y buscar entornos que les permitan prosperar.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos que aunque no es una enfermedad en sí, la alta sensibilidad desatendida puede llegar a depresión y ansiedad, así como ser propensos a enfermedades de la piel y autoinmunes.

Como profesionales sanitarios debemos apoyar a este tipo de pacientes, saber escucharlos, demostrarles fuerza emocional y positivismo. Es importante que sepan que pueden ser personas de éxito totalmente válidas y que estamos para apoyarlos.

Si te identificas con estas características y sientes que tu sensibilidad está afectando negativamente tu vida cotidiana, podría ser útil hablar con un profesional de la salud mental para obtener orientación y estrategias para gestionar tu sensibilidad de manera positiva.

6 Bibliografía

1. Boterberg, S, Warreyn, P, 2016. Making sense of it all: the impact of sensory processing sensitivity on daily functioning of children. *Pers. Individ. Diff.* 92, 80-86.
2. Ahadi B, Basharpour, S, 2010. Relationship between sensory processing sensitivity, personality dimensions and mental health. *J. Appl. Scr* 10(7), 570-574.

Capítulo 420

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO. EL TCAE DURANTE LA PREPARACIÓN DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO

M^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN

ANTONIA MARTÍNEZ CANO

LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE

VANESA ROMAN SEGURA

1 Introducción

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería que desarrolla su actuación profesional en el bloque quirúrgico deberá llevar a cabo una serie de normas de actuación para mantener la asepsis de la zona quirúrgica con la finalidad de evitar infecciones en aquellos pacientes que son intervenidos quirúrgicamente.

Normas de actuación en el bloque quirúrgico.

- Utilizar la vestimenta adecuada dentro del bloque quirúrgico, evitando salir de él con ella. Será obligatorio la utilización de gorro, calzas, mascarillas y guantes dentro de la sala de intervenciones, mientras que las zonas comunes no serán necesario.

- Utilizar únicamente las zonas comunes para comer y beber.
- Estará prohibido fumar dentro del bloque quirúrgico, independientemente de que se encuentre en las zonas comunes.

Una de las principales funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería será la preparación de la sala de intervenciones. El celador será el encargado de preparar la mesa de intervenciones y al paciente sobre ella, mientras que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería será el encargado de preparar el campo estéril y el instrumental clínico necesario durante la intervención.

Se entiende como instrumental clínico o instrumental quirúrgico al material utilizado en el quirófano. Por norma general se prepara mayor número de material al que puede ser utilizado, evitándole de esta manera la salida del mismo por si fuese necesario la utilización de más instrumental.

2 Objetivos

- Definir el concepto de instrumental quirúrgico.
- Detallar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la sala de intervenciones.
- Enumerar el instrumental clínico que debe preparar el técnico en cuidados auxiliares antes de comenzar una intervención.

3 Metodología

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

4 Resultados

La primera función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la sala de intervenciones será la preparación de todo el material utilizado durante la intervención. Es por ello, por lo que se necesitarán la colocación de mesas auxiliares dónde será preparado el campo estéril, estas mesas son conocidas como mesa de instrumental y mesa de anestesia.

Los técnicos además serán los encargados de la preparación del aparato de rayos X portátil, del aspirador, los respiradores y aquellos accesorios específicos como pueden ser la cámara de fotos o vídeos.

Una vez preparado todo el material de gran dimensión y el campo estéril en las mesas auxiliares, será el momento de la preparación del instrumental quirúrgico, para lo cual el técnico auxiliar de enfermería abrirá los envoltorios y los depositará en la mesa auxiliar con el campo estéril, para que la enfermera instrumental lo ordene y coloque correctamente en dicho campo estéril. La enfermera instrumental habrá realizado previamente un lavado de manos ordinario y un lavado de manos quirúrgico, además llevará la vestimenta necesaria para realizar dicha actuación, utilizando la vestimenta ordinaria, complementándola con guantes y batas estériles.

Clasificación del instrumental según su funcionalidad.

- Instrumental de corte.
- Instrumental de disección.
- Instrumental de hemostasia.
- Instrumental de talla o campo.
- Instrumentos de sutura.
- Instrumental y aparataje exploración.

A continuación, se va a centrar la explicación en el instrumental de corte, puesto que es el material más utilizado durante la realización de las intervenciones.

Instrumental de corte.

El instrumental de corte o instrumental de diéresis es utilizado dentro de la sala de intervenciones para cortar o seccionar los tejidos del paciente intervenido. En la actualidad existe multitud de material de corte, puesto que cada uno está especializado en una zona corporal, tejido o membrana.

- Tijeras. o Tijeras para diéresis. o Tijera ginecológicas. o Tijeras para el hambre. o Tijeras para vendajes y ropa. o Tijeras para sutura.
- Bisturíes. o Escalpelo. o Hoja con mango bard-parker. o Bisturí eléctrico. o Lancetas.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el bloque quirúrgico. El TCAE durante la preparación del instrumental quirúrgico” nos demuestra que una de las principales funciones realizadas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el bloque quirúrgico es la preparación de la sala de intervenciones,

concretamente del campo estéril y del instrumental quirúrgico utilizado durante la intervención.

Es importante destacar que durante la preparación del material el TCAE no deberá manipular el instrumental quirúrgico, puesto que este material se encuentra esterilizado para mantener la asepsia durante la intervención. Para ello deberá abrir los envoltorios con cuidado y sin tocar el interior, para depositarlos en el campo estéril, dejándolos caer directamente desde el envoltorio.

6 Bibliografía

- GARRIDO, J.M. El celador en el quirófano. España. Formación continuada Logoss. 2013
- 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 421

LOS ARTEFACTOS EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO, QUÉ SON Y TIPOS

JOSEFA BONACHE VIVANCOS

1 Introducción

La técnica radiológica es un procedimiento cuyo objetivo es la obtención de imágenes del interior del cuerpo a través de distintos agentes físicos o campos magnéticos. Actualmente, existen distintos métodos de diagnóstico a base de imágenes para la detección de patologías de una manera efectiva y precisa. Las cuatro técnicas de imagen para el diagnóstico más usadas son la resonancia magnética, la ecografía, la radiografía simple y la tomografía computarizada. Al utilizarlas, es común que puedan aparecer artefactos.

Un artefacto o artificio se define como una distorsión, adición o error en una imagen que no tiene correlato en el sujeto o región anatómica estudiada. Como término, deriva de las palabras latinas artis (artificial) y actum (efecto), y refiere a un efecto artificial que altera la calidad y fidelidad de una imagen, pudiendo encubrir una patología o crear hallazgos falsos.

En tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM), las distorsiones pueden ser numerosas.

También existen otros artefactos denominados tecnológicos que se dan cuando hay un fallo en los sistemas electrónicos, las bobinas, el equipamiento, la jaula de Faraday, etc., con artefactos geométricos sobre la imagen, suelen darse con bastante frecuencia, pero se solucionan fácilmente con recalibraciones periódicas del sistema o la reparación por parte del servicio técnico del fabricante pueden solucionar esta alteración.

2 Objetivos

Conocer las distintas técnicas radiológicas, complementando con los artefactos más comunes en cada una de las técnicas y además conociendo los incidentes que causan cada artefacto.

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 tales como PubMed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando los artículos relacionados con el tema a estudiar.

4 Resultados

Los artefactos y sus causas en las distintas técnicas son las siguientes: o Radiografía, receptor-imágenes fantasma, por chasis mal borrado; por mal uso del programa informático debido al objeto en inadecuada selección del histograma, mala colimación o Tomografía computarizada (TC), por razones físicas, por endurecimiento del haz, inhomogeneidad en eje Z debido al movimiento inadecuado, ya sea del paciente o del sistema; por razones técnicas tales como error de linealidad o estabilidad. Un artefacto muy presente en TC es el endurecimiento del haz de rayos, se genera por la absorción preferencial de los fotones de baja energía del rayo en los tejidos. Este efecto es más pronunciado en áreas de gran atenuación y se da cuando al atravesar el haz de rayos, las estructuras encuentran transiciones muy marcadas de espesor y densidad.

En este caso, se aprecian líneas o bandas espiculadas e intercaladas, claras y oscuras, como una sombra debajo de las costillas o como un aumento de sombras espiculadas en el mediastino, la cintura escapular o la base del cráneo. o Resonancia magnética (RM), por solapamiento, por tener un campo de estudio estrecho; por truncamiento, por reproducción inexacta de imagen; por desplazamiento químico, por interacciones ferromagnéticas; por susceptibilidad magnética, por distorsión del campo magnético; a veces también aparece un “ángulo mágico” por las fibras paralelas que generan un ángulo de 55°, por interacción con elementos externos surge también el artefacto de cremallera.

Otros ocurren por movimientos de las estructuras durante la toma de imágenes.

Se pueden clasificar en controlados (voluntarios) o fisiológicos (involuntarios) y estos últimos, se subdividen en rítmicos/periódicos (latidos cardíacos, pulso, respiración) o no rítmicos (al azar, por ejemplo el peristaltismo intestinal). o Ecografía: la sombra acústica posterior que surge por estructuras reflectantes; tales como la sombra por refracción por incidencia tangencial sobre superficies ovaladas; la cola de cometa por choque contra interfase estrecha y muy ecogénica; el refuerzo posterior por el paso a través de tejidos con poca resistencia acústica; imagen espejo por cambio brusco de ecogenicidad.

5 Discusión-Conclusión

En radiología, la obtención de estudios de calidad es imprescindible para obtener un diagnóstico preciso, diferenciar y no omitir patologías, describir con certeza un hallazgo y realizar su seguimiento. Por ello, es fundamental que la imagen sea de excelencia, sin errores que interfieran negativamente en el análisis, almacenamiento y para su posterior evaluación.

Los artefactos causan un problema grave. Ocasionalmente, pueden alterar la interpretación de las imágenes, simulando una condición patológica (pitfalls), por lo que, en caso de que existan, hay que repetir el estudio con los inconvenientes que esto conlleva (reputación de la institución, espera del médico solicitante, riesgo de aparición de reacciones adversas, dudas diagnósticas, informe de patologías inexistentes, costos, etc.)

6 Bibliografía

de Enfermería Ocronos, R. M. y. (2022, February 14). Artefactos frecuentes en TAC. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/artefactos-frecuentes-tac/>

Sartori, P., Rozowykniat, M., Siviero, L., Barba, G., Peña, A., Mayol, N., Acosta, D., Castro, J., & Ortiz, A. (2015). Artefactos y artificios frecuentes en tomografía computada y resonancia magnética. *Revista Argentina de Radiología / Argentinian Journal of Radiology*, 79(4), 192–204. <https://doi.org/10.1016/j.rard.2015.04.005>

SEIC. (n.d.). ¿Qué son los artefactos? Ecocardio.com. Retrieved August 30, 2023, from <https://ecocardio.com/documentos/biblioteca-preguntas-basicas/preguntas-al-radiologo/899-que-son-artefactos.html>

Capítulo 422

BACTERIAS ANAEROBIAS. TÉCNICAS ESPECIALES DE RECOGIDA, PROCESAMIENTO, CULTIVO E IDENTIFICACIÓN.

ANA ISABEL ANDINO HERRERA

SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO

JORGE MENA GONZALEZ

ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA

M ISABEL MORENA ESPADA

1 Introducción

Desde un punto de vista simplista, pero muy útil, se puede definir a las bacterias anaerobias como aquellas que para crecer en la superficie de un medio de cultivo necesitan una atmosfera sin oxígeno, ya que este elemento es tóxico para ellas. Existe un amplio abanico de microorganismos, desde los muy tolerantes y resistentes hasta los extremadamente lábiles a este gas.

Según el requerimiento de oxígeno, las bacterias se pueden clasificar en aerobias obligadas/estrictas, microaerófilos, anaerobias facultativas, anaerobias tolerantes y anaerobias obligadas/estrictas.

Toda la superficie mucosa y epitelial del cuerpo humano está colonizada por bacterias anaerobias en distinta concentración según el lugar de colonización. Desde

103 UFC/g en la piel a 1011-13UFC/G en la materia fecal. Colonizan la cavidad oral, el tracto gastrointestinal, la vagina y el tracto genitourinario. Algunas de ellas se consideran patógenos oportunistas, es decir, cuando encuentran un lugar en el hospedador que las permite desarrollarse se transforman en patógenos.

Su aversión por el oxígeno determina una metodología microbiológica especial en lo referente a la toma, transporte y conservación de las muestras, así como al cultivo e identificación.

En el presente capítulo se describen las bacterias anaerobias estrictas, las cuales no son capaces de crecer en presencia de oxígeno porque carecen de la enzima superóxido dismutasa (SOD). Poseen un metabolismo fermentativo, es una oxidación de un compuesto orgánico en ausencia de oxígeno, y los receptores finales de protones y electrones son endógenos. Son distintos compuestos orgánicos los que son reducidos, normalmente glúcidos, pero también puede reducir aminoácidos. Tanto el dador como el aceptor son compuestos orgánicos.

2 Objetivos

- Enumerar las principales bacterias anaerobias de interés clínico.
- Describir los mecanismos principales por los que las bacterias anaerobias estrictas producen infecciones.
- Desarrollar el procedimiento de análisis de las muestras sospechosas de infección de bacterias anaerobias, desde la toma de muestra hasta su identificación final.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en este ámbito publicada en los últimos años. 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

4.1. Principales bacterias anaerobias de interés clínico.

Se establece una clasificación sencilla basada en características morfológicas y metabólicas.

- Bacilos Gram + esporulados: *Clostridium* spp.
 - Bacilos Gram+ no esporulados:
 - Con fermentación propiónica: *Propionobacterium* spp.
 - Con fermentación láctica: *Bifidobacterium* spp. y *Lactobacillus* spp.
 - Con fermentación láctica y succínica (a veces acética): *Actinomyces* spp.
 - Con fermentación butírica y fórmica: *Eubacterium* spp. y *Egghertella* spp.
 - Bacilos Gram -:
 - Morfología fusiforme, producción de gránulos de azufre y fermentación butírica: *Fusobacterium* spp.
 - Bacterias sacrolíticas que crecen en bilis e hidrolizan la esculina: Grupo de *Bacteroides fragilis*.
- *Sacrolítica: apoya la actividad de la microbiota muco-nutritiva al descomponer la estructura de los carbohidratos complejos. Fermentan hidratos de carbono simples y el producto de la fermentación es butirato.
- Bacterias asacrolíticas y no tolerantes a la bilis que producen colonias pigmentadas de negro: *Porphyromonas* spp.
 - *Prevotella*, con especies pigmentadas o no pigmentadas, sacrolíticas y no tolerantes a la bilis
- Cocos Gram +:
 - En cadenas: *Peptostreptococcus* spp. y *Anaerococcus* spp.
 - En masas o racimos: *Peptococcus* spp.
 - Cocos Gram -: *Veillonella*

4.2. Principales bacterias anaerobias causantes de infecciones por exotoxinas.

4.2.1. *Clostridium* spp.

Bacilos Gram+, pertenecen a la familia *Bacillaceae* de bacterias esporuladas, anaerobios estrictos, catalasa negativos, forman endosporas, solo crecen en medios de cultivos anaerobios a 37°C. Son flagelados (móviles) y no capsulados, excepto *C.perfringens*.

Son bacterias esporuladas que habitan el suelo (saprófitos), el agua y el tracto intestinal de humanos y animales. Forman esporas en condiciones ambientales adversas. Todas las especies son sensibles a penicilina G.

La patogénesis se basa en la producción de exotoxinas y/o exoenzimas.

Se pueden distinguir especies histotóxicas: *C.perfringens* o bacilo de Welch y *C.difficile*; y especies neurotóxicas: *C. tetani* y *C. botulinum*.

4.3. Principales bacterias anaerobias causantes de infecciones endógenas

Como su origen es la propia flora, suelen ser de etiología polimicrobiana y mixta (aerobios, anaerobios y/o facultativos).

4.3.1. Bacilos Gram + no esporulados a) *Propionobacterium* spp.: anaerobios o microaerófilos. Son de escasa patogenicidad. Integrantes de la flora cutánea. *Propionobacterium acne* ha sido relacionado con el acné. b) *Bifidobacterium* spp.: presente en la flora normal de boca y tracto gastrointestinal. c) *Lactobacillus* spp.: también conocido como bacilo de Döderlin, son largos con bordes paralelos y los extremos rectangulares. Presentes en la flora de la vagina a partir de la pubertad y antes de la menopausia, es decir, en la edad fértil. d) *Actinomyces* spp.: crecen formando filamentos, pseudohifas. El 90% de las infecciones en humanos las causa *A. israelii*.

En el exudado de las lesiones se observa como gránulos de azufre, colonias amarillo-naranjas de 1-2 mm, que corresponden con aglomerados de colonias de *Actinomyces* rodeadas de leucocitos.

La infección más frecuente (90%) es actinomicosis cervicofacial, relacionada con la mala higiene bucal. También puede causar: actinomicosis torácica, abdominal y genital (asociada al uso de DIU). e) *Eubacterium* spp.: de lento crecimiento en medios de cultivo. f) *Ergghertella* spp. (antiguo *Eubacterium lentum*): produce infecciones gastrointestinales graves. g) *Mobiluncus mulieri* y *M. curtisii*: colonizan la vagina, es frecuente aislarlos en casos de vaginosis bacteriana junto con *Gardnerella vaginalis* y otras bacterias.

4.3.2. Bacilos Gram negativos

Son anaerobios estrictos, pleomorfos (rectos o curvados), en la mayoría de los casos son inmóviles. Son componentes de la flora normal de la mucosa respiratoria, intestinal y genital. La mayoría produce infecciones oportunistas, siendo los factores predisponentes: traumatismo, lesiones en las mucosas, cirugía, isquemias, antibióterapias prolongadas. Las infecciones exógenas se pueden adquirir a través del mordisco de un animal.

Producen infecciones polimicrobianas oportunistas, son frecuentes los abscesos necróticos. a) *Bacteroides* spp.: son muy abundantes en la flora normal del colon. Destaca *B. fragilis*, *B. ureolyticus* y *B. gracilis* (algunas subespecies de este último se clasifican actualmente como *Campylobacter*)

Son cocobacilos capsulados, resistentes a las penicilinas (por poseer betalactamasas), crecen en presencia de bilis, lo que permite su aislamiento. b) *Porphyromonas* spp.: forman parte normal de la flora de la boca y encías (*P. gingivalis* y *P. edodontalis*) y flora intestinal (*P. asaccharolitica*) producen infecciones relacionadas con su hábitat.

Las colonias son convexas, lisas y pigmentan con el tiempo, algunas veces se

observa β hemolisis. La vitamina K estimula su desarrollo. c) *Prevotella* spp.: pertenecen a la flora normal del tracto urogenital y la flora bucal. *P. bivia* prevalece en la flora vaginal y produce vaginosis e infecciones de origen obstétrico. *P. intermedia* está implicada en el desarrollo de enfermedades periodontales, es pigmentada

Muchas cepas producen pigmentos negros o marrones en los medios de cultivo, lo que permite su identificación. Son microorganismos exigentes y requieren vitamina K, hemina o sangre para su crecimiento. d) *Fusobacterium*: son miembros de la flora normal del colon y la cavidad oral. *F. nucleatum* es el más común en infecciones del aparato respiratorio, produciendo la angina de Vincent. Y *F. necrophorum* responsable del síndrome de Lemiere.

4.3.3. Cocos gran positivos

Destaca el género *Peptostreptococcus* que coloniza normalmente la cavidad bucal, el aparato digestivo, genitourinario y la piel.

Ocasionalmente infecciones pleuropulmonares, abscesos pélvicos, salpingitis, endometriosis, infecciones intraabdominales, sinusitis y celulitis.

4.3.4. Cocos Gram negativos

Veillonella parvula es miembro de la flora bucal, colon y vagina. Se disponen en parejas (diplococos). Pueden producir abscesos en senos, amígdalas, cerebro e infecciones mixtas causadas por anaerobios.

4.4. Toma de muestras, transporte y procesamiento de las muestras

La recuperación e identificación de estos microorganismos, está condicionada por la sospecha clínica, correcta toma, transporte y conservación de la muestra. Un buen diagnóstico está asociado a la calidad de la muestra.

4.1.1. Toma de muestra

Es necesario evitar la contaminación de la muestra con el microbiota residente de piel y mucosas.

Los métodos de toma de muestras más adecuados son:

- Si la muestra procede de abscesos, cavidades cerradas y líquidos estériles: el procedimiento es por punción-aspiración con jeringa y aguja, desinfectando la zona con el antiséptico correspondiente.
- Si la herida está abierta, tomar de la parte más profunda de la muestra.
- Si son muestras pulmonares el procedimiento es por punción transtraqueal, punción pulmonar o broncofibroscopia (lavado broncoalveolar o catéter telescópico).
- Si son muestras pleurales se realiza por toracocentesis.
- Si son de orina por punción suprapúbica

- Si es una muestra genital femenina por punción-aspiración o culdocentesis.
- Si es una muestra de sangre, la extracción y recogida es en botellas de hemocultivos para anaerobios.
- Si son muestras quirúrgicas y las biopsias, también son válidas para la investigación de anaerobios.

4.4.2. Transporte y conservación de la muestra

Las muestras deben de ser protegidas del efecto deletéreo del oxígeno hasta que puedan ser procesadas. Lo ideal es cultivarlas de inmediato.

Las muestras líquidas, purulentas y de volumen considerable pueden transportarse en tubos estériles si se van a cultivar antes de las dos horas. De lo contrario deben inyectarse en frascos comerciales con tapón de goma y atmosfera inerte, sin introducir aire.

No es conveniente el transporte en jeringas, porque permite la difusión del oxígeno en el material.

Los raspados, hisopados y piezas de tipo pequeñas, pueden colocarse en tubos que contengan medio Stuart-Amies o Cary Blair, prerreducido.

Las piezas de tejido con un volumen mayor de 1 cm³, pueden transportarse en recipientes estériles sin conservantes.

Las muestras deben mantenerse a temperatura ambiente hasta su procesamiento, ya que la refrigeración aumenta la difusión del oxígeno al interior de la muestra.

4.4.3. Recepción y procesamiento de la muestra

Antes de procesar las muestras en el laboratorio se procede a su recepción, anotando la fecha y hora de entrada, y comprobando si cumple los criterios para ser aceptada, es decir, que tenga una correcta identificación, cantidad de muestra adecuada, condiciones de transporte adecuados, etc.

El procesamiento inicial incluye su preparación, examen directo e inoculación en los medios de cultivo apropiados. a) Preparación (homogeneización): ha de ser lo más rápida posible y en cámara de anaerobiosis b) Examen directo: permite un diagnóstico presuntivo para así establecer un tratamiento inicial, ya que el aislamiento e identificación pueden demorarse varios días.

Se realiza un examen macroscópico que se observa varios signos físicos indicativos de infección por anaerobios como: mal olor, fluorescencia roja a la luz UV, exudados sanguinolientos, negruzcos, purulentos, existencia de tejidos necróticos o gas en los mismos y presencia de gránulos de azufre.

También se hace un estudio microscópico, normalmente tinción de Gram. la presencia de tipos morfológicos múltiples, sugiere una etiología anaerobia, ya que la mayoría de las infecciones en las que están implicados son polimicrobianas. c) Inoculación en medios de cultivo: para el aislamiento primario suelen combinarse

medios de cultivo no selectivos con medios selectivos y diferenciales. Los medios más usados son:

- Agar sangre para anaerobios: se usa agar Brucella o agar Schaedler con un 5% de sangre de carnero y se añade vitamina K1 y hemina. En este medio también crecen los anaerobios facultativos.
- Caldo de enriquecimiento (tioglicolato sin indicador y suplementado con vitamina K1 y hemina), se usa cuando las bacterias encuentran en cantidades muy pequeñas o cuando hay inhibición del antibiótico u otros factores, también permite recuperar anaerobios si falla la anaerobiosis
- Medios selectivos:
 - Agar sangre con alcohol fenil-etílico (PEA) que inhibe el crecimiento de anaerobios facultativos y el crecimiento en velo.
 - Agar sangre selectivo para Bacteroides: SNV (medio Schaedler con neomicina y vancomicina), SKV(agar Schaedler con kanamicina y vancomicina) y ASLKV(agar sangre lacada con kanamicina y vancomicina).
 - Agar Bacteroides bilis esculina con amicacina (BEE) para Bacteroides del grupo fragilis, el medio vira a color negro y hay colonias de 1mm.
 - Agar con yema de huevo (AYE), si se sospecha de Clostridium, detecta la lipasa y o lecitinasa, produciéndose un halo opaco alrededor de las colonias.
 - Agar selectivo para C.difficile como CCFA (agar fructosa-cicloserina-cefoxitina) o agar CCEY (yema de huevo-cicloserina-cefoxitina).

Los laboratorios deben realizar control de calidad de todos los medios utilizados, tanto de los comerciales como de los preparados en el propio centro.

Los sistemas más comunes de incubación en anaerobiosis son las cámara, jarras y bolsas de anaerobiosis.

Las cámaras poseen un sistema de intercambio que consiguen la anaerobiosis. Son equipamientos caros y solo están al alcance de laboratorios especializados.

Las jarras son recipientes cilíndricos de metal o plástico rígido con cierre hermético en las cuales se consigue una atmosfera anaeróbica usando GasPakR, para comprobar que se ha producido anaerobiosis se usa un indicador.

Las bolsas de anaerobiosis son bolsas transparentes, el sistema es BioBagR que consta de una ampolla que genera la atmosfera anaerobia y una ampolla indicadora, que se ha producido la anaerobiosis.

Estos sistemas se usan para medios sólidos, el uso de medios líquidos no se recomienda salvo para hemocultivos y líquidos orgánicos.

Los medios en tubo se usan previamente reducidos y anaeróbicamente esterilizados, se denominan medios PRAS. Que se envasan con tapón de caucho butílico bajo atmosfera de gas libre de oxígeno. El agente reductor suele ser L-Cisteína.

Tras la esterilización se enfrían en una maquina giratoria resultando de este modo una capa fina de agar en la superficie interna de los tubos.

Los tubos se inoculan bajo corriente de CO₂. Cada tubo PRAS se convierte así en su propia cámara de cultivo anaeróbico y puede incubarse e inspeccionarse en atmosfera de aire ambiental. d) Tiempo de incubación: normalmente las placas de cultivo se incuban a 35-37°C en anaerobiosis 48 horas, salvo que se use cámara que se pueden examinar en 24 horas. Si no se observa crecimiento se deben reincubar hasta una semana, ya que algunos anaerobios crecen más lentamente. Si el caldo tioglicolato se observa turbidez u otro signo de crecimiento, deben realizarse subcultivos en agar sangre y agar chocolate, y se incuban en atmósfera capnófila (10%co₂) y en agar sangre para anaerobios en anaerobiosis.

Esto mismo se realiza a los siete días si no hay crecimiento en caldo tioglicolato, para confirmar la esterilidad.

Para Actinomycetes el tiempo de incubación debe de ser mayor, 2 a 4 semanas.

4.4.4. Procesamientos especiales a) Líquidos orgánicos: inocularlos en frascos de hemocultivo aerobios y anaerobios reservando un pequeño volumen para la tinción Gram. Si se detecta crecimiento hacer subcultivo. En general el hemocultivo de LCR no es útil, son raras las meningitis por anaerobios. b) Catéter telescópado: cortar el cepillo y colocarlo en un tubo con 1mL de solución estéril de Ringer lactato. Agitar y preparar dos disoluciones serias al 1/100 en Ringer lactato. Sembrar cada una en agar sangre, agar MacConkey, agar chocolate y en medios selectivos y no selectivos para anaerobios. c) Lavado broncoalveolar: agitar y preparar dos disoluciones seriadas 1/100 en Riger lactato. Inocular en los mismos medios de cultivo que el catéter telescópado. d) Heces para el diagnóstico de toxiinfección de C. perfinges se detecta la enterotoxina en heces a través de técnicas de aglutinación pasiva reversa en látex o EIA, o bien mediante ensayos específicos de citotoxicidad en cultivos celulares de células Vero. e) Botulismo: el diagnostico debe confirmarse con la determinación de la neurotoxina botulínica y /o el crecimiento del agente etiológico que produce la intoxicación alimentaria, en suero, heces y la comida sospechosa.

Para el botulismo del lactante y botulismo por colonización intestinal se recomienda obtener suero, heces y contenido gástrico del paciente.

Debido a la gran toxicidad de las neurotoxinas, todas las muestras sospechosas deben enviarse al laboratorio de referencia del Instituto de Salud Carlos III para su procesamiento.

4.5. Examen de los cultivos y aislamiento

Se examinan los medios de cultivo, y deben subcultivarse todas las colonias que sean diferentes.

Los subcultivos se hacen en agar sangre no selectivo para anaerobios, 48 horas en anaerobiosis a 35°C. y en agar chocolate, 48 horas en atmósfera capnófila (10%) a 35°C.

4.6. Identificación preliminar

La identificación preliminar llega a nivel de grupo, y si es posible a nivel de género. Con estos datos se puede informar al clínico para el establecimiento del diagnóstico y el tratamiento primario.

El primer paso es la observación y descripción de las colonias y su correspondiente Gram. también pueden observarse las placas bajo la luz UV para determinar la fluorescencia de las colonias.

Si la tinción Gram no es muy concluyente, puede hacerse un subcultivo con un disco de vancomicina, ya que los gram positivos son sensibles, y los Gram negativos resistentes.

Los bacilos Gram negativos pueden clasificarse en función de su capacidad para crecer en bilis y su susceptibilidad a los antimicrobianos kanamicina, vancomicina y colistina.

4.7. Identificación final

Es una identificación más precisa hasta el nivel de género y especie, así como pruebas de sensibilidad a antimicrobianos.

Esta identificación puede realizarse en los laboratorios de referencia, mientras que los análisis preliminares se deben hacer en todos los laboratorios de Microbiología.

Se basan en realizar pruebas bioquímicas de detección de productos finales del metabolismo bacteriano, pruebas de espectrometría de masas por el método MALDI-TOF, o pruebas de Biología Molecular, entre otras determinaciones que se abordan en mayor profundidad en otro tema de la presente oposición.

5 Discusión-Conclusión

Con el objetivo de identificar el agente etiológico responsable del proceso infeccioso para conocer las implicaciones patológicas, la evolución clínica y para aplicar una terapia antimicrobiana eficaz. Para ello también es importante conocer su perfil de sensibilidad- resistencia para antimicrobianos.

Por ello hay que trabajar en el laboratorio con rigurosidad, con el fin de mantener siempre condiciones de anaerobiosis que son imprescindibles para el crecimiento bacteriano de anaerobios. Las muestras a procesar deben ser correctamente se-

leccionadas, recogidas, transportadas, conservadas y procesadas, para que los resultados proporcionados sean precisos, significativos y clínicamente relevantes.

Es imprescindible que los alumnos que cursan el mencionado ciclo formativo adquieran los conocimientos y habilidades prácticas expuestas para poder interpretar los resultados y así identificar el agente infeccioso desarrollando una adecuada labor en un futuro puesto de trabajo.

6 Bibliografía

1. García Espinosa B, Romero Burguillos R, Rubio Campal F. Técnicas de inmunodiagnóstico. España: Ediciones Paraninfo, S.A; 2016.
2. Prats G. Microbiología Clínica. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2006.
3. Porres Osante N, Ruiz Ruiz E. Microbiología clínica. España: Ediciones Paraninfo, S.A; 2018.
4. Tortora GJ, Funke BR, Case CL. Introducción a la microbiología. 9ªed. Argentina: Médica Panamericana;2007.

Capítulo 423

PROCEDIMIENTOS DE IDENTIFICACIÓN BACTERIANA EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA: SISTEMAS MANUALES Y AUTOMÁTICOS

ANA ISABEL ANDINO HERRERA

SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO

JORGE MENA GONZALEZ

ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA

M ISABEL MORENA ESPADA

1 Introducción

Se entiende por identificación en microbiología al conjunto de técnicas y procedimientos que se llevan a cabo para establecer la identidad de un microorganismo, permite llegar a determinar la especie o incluso la cepa. Para ello, se determinan las características fenotípicas y/o genotípicas del microorganismo y se comparan con las diferentes categorías de la clasificación considerada.

Estas técnicas se utilizan en diferentes áreas: en la clínica y en la industria farmacéutica, cosmética y alimentaria. En la clínica, los procedimientos empleados para

la determinación del agente infeccioso, indican el camino a seguir para poder lograr una identificación correcta del patógeno, y poder decidir qué perfil de estudio para la sensibilidad a antimicrobianos se debe emplear, con el fin de instaurar un tratamiento antimicrobiano. En la industria farmacéutica, cosmética y de alimentos se emplean para comprobar la ausencia de ciertos microorganismos que exigen las normas de control de calidad. Y en investigación básica se utilizan, por ejemplo, cuando se aísla un determinado microorganismo y se comprueba si se trata de un microorganismo conocido o de uno nuevo para poder clasificarlo. El presente capítulo se centra en la descripción de los procedimientos o técnicas de identificación que se utilizan en la clínica, en el laboratorio de microbiología.

2 Objetivos

- Describir las características fenotípicas para la identificación bacteriana en el laboratorio.
- Recopilar las distintas técnicas de identificación bioquímica y técnicas moleculares que permitan una identificación bacteriana.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en este ámbito publicada en los últimos años.

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

4 Resultados

1. Características fenotípicas.

Las técnicas fenotípicas se basan en características físicas, nutricionales y metabólicas observables.

En la identificación bacteriana, por norma general, es preciso el previo aislamiento del microorganismo en la muestra para posteriormente proceder a su identificación, es decir, se debe conseguir un cultivo puro (axénico) del microorganismo a partir de la muestra.

Los criterios fenotípicos más utilizados se describen a continuación, teniendo en cuenta también, los requerimientos ambientales para el crecimiento (temperatura, pH, concentración de soluto, atmósfera anaerobia, atmósfera capnófila, etc), y el perfil de sensibilidad/resistencia a antimicrobianos. (Se desarrollan en otro tema)

1.1. Morfología microscópica

Las distintas técnicas de visualización permiten evidenciar la movilidad, morfología (coco, bacilos cocobacilos) y disposición (agrupaciones) y diversas estructuras subcelulares. El estudio microscópico del aislamiento del microorganismo, puede hacerse en fresco o con técnicas de fijación y tinción. Las suspensiones en fresco permiten valorar, la movilidad, recuento de leucocitos, detección de parásitos o protozoos o visualización de estructuras fúngicas.

Y las tinciones revelan la forma, la disposición/agrupación, la estructura de las células y su tamaño. La tinción más frecuente es el Gram.

1.2. Morfología macroscópica

Las bacterias crecen en los medios de cultivos sólidos formando colonias. Una colonia es una agrupación de bacterias formadas a partir de la reproducción de una sola bacteria, por ello se denomina Unidad Formadora de Colonias (UFC).

Las colonias bacterianas tienen unas características específicas y constantes según el microorganismo que las forme y el medio de cultivo empleado.

Estas características son: tamaño, color, forma, como son los bordes, como es la superficie (lisa o rugosa), si son de aspecto húmedo o seco, si son traslucidas u opacas, si son brillantes o mate, la consistencia (blandas o duras), crecimiento en swarming.

1.3. Identificación bioquímica

Las características nutricionales y metabólicas de un aislamiento bacteriano son los parámetros más usados. De manera que los medios de cultivo utilizan una combinación de pruebas para establecer, por un lado, las enzimas específicas que intervienen en el metabolismo de la bacteria aislada. Y, por otro lado, la capacidad de crecer o sobrevivir en presencia de ciertos inhibidores.

Se debe partir de colonias en un medio de cultivo fresco (18-24 horas de incubación).

Hay una gran variedad de pruebas bioquímicas. A continuación, se describen las pruebas clave en el esquema identificación de la bacteria aislada, siendo las más usadas.

1.3.1. Prueba para enzimas individuales:

Estas pruebas son fáciles de realizar y de interpretar.

- Prueba de la catalasa: se encuentra en la mayoría de bacterias aerobias y anaerobias facultativas que contienen citocromos. La excepción es el estreptococo. Su función es descomponer el peróxido de hidrogeno (H_2O_2) o agua oxigenada en agua y oxígeno molecular. El desprendimiento de burbujas procedentes del oxígeno indica que la prueba es positiva.

Se utiliza para diferenciar entre los géneros cocos Gram positivos: *Staphylococcus* y *Mycrococcus* son positivos y los *Stereptococcus* son negativos. Y entre los bacilos Gram positivos *Bacillus* es positivo y *Clostridium* son negativos.

Hay que tener mucho cuidado si el medio de cultivo es agar sangre, en no coger con el asa medio, pues los hematíes contienen catalasa.

- Prueba de la oxidasa: busca la presencia de Citocromo C oxidasa (forma parte de la cadena transportadora de electrones). Existen comercializados discos o tiras de papel impregnadas de reactivo (tetraparafenilendiamina) incoloro en estado reducido, es oxidado por la enzima y vira de color a púrpura, considerándose positiva la prueba.

Se usa para diferenciar: *Pseudomonas* oxidasas positivas, de enterobacterias oxidasas negativas. Las *Nisserias* también son oxidasas positivas.

- Prueba del indol: se busca la enzima triptofanasa que pueden degradar el aminoácido de triptófano en ácido pirúvico, amoníaco e indol. El indol se detecta observando la formación de un anillo de coloración rosa-rojo en la suspensión bacteriana en medio líquido al añadir reactivo de Kovacs- Ehrlich.

Es una prueba de la batería de IMViC de identificación de enterobacterias, esta prueba se utiliza sobre todo para la identificación de *E.coli* siendo positiva.

- Prueba de la ureasa: se detecta la enzima ureasa que produce la hidrólisis de la urea en amoníaco y dióxido de carbono.

Las bacterias se inoculan en agar urea/ agar Christensen (agar medio inclinado que contiene urea y rojo fenol como indicador). Al alcalinizarse el medio, por el amoníaco, el indicador vira de amarillo a rosa-morado, indicando la presencia de ureasa.

Se aplica para la diferenciación de: *Proteus*, *Yersinia*, *Klebsiella*, *H. pylori* y *Bruella*.

- Prueba de la coagulasa: determina la enzima coagulasa, enzima que estimula la conversión de fibrinógeno en fibrina. Esta prueba comprueba la capacidad del microorganismo de coagular el plasma por acción de la enzima (en 3- 4 horas). Permite diferencias a *S.aureus* (coagulasa +) del resto de *Staphylococcus* (coagulasa negativos).

- O.N.P.G. o prueba de betagalactosidasa: permite ver si las bacterias fermen-

tan lactosa por presencia de β -galactosidasa (hidroliza el sustrato) y permeasa (permite el paso del sustrato al interior) utilizando como sustrato ONPG (ortonitrofenil-beta-galactopiranosido). Por acción de la enzima, el ONPG (incoloro) se hidroliza en galactosa y nitrofenol (amarillo). Así las bacterias se dividen en fermentadoras (enterobacterias coliformes) o no fermentadoras (enterobacterias no coliformes).

- Hidrolisis del hipurato: determinan la presencia de la enzima hipúricas que poseen algunas bacterias, que hidroliza el hipurato de sodio produciendo benzoato de sodio y glicina, se revela añadiendo el reactivo de nifhidrina que reacciona con la glicina producida, virando de color a púrpura intenso en la reacción positiva.

Se usa para diferenciar especies de *Streptococcus* del grupo B.

- Determinación de hemolisinas: la producción de hemolisinas produce la hemólisis de los hematíes, generando un halo de hemolisis en el medio de cultivo agar sangre. Se distinguen tres tipos de hemólisis: hemolisis completa o β -hemolisis, hemolisis parcial o α -hemolisis, y no se produce hemolisis o γ -hemolisis. En la β -hemolisis el halo transparente, producido por ejemplo por *Streptococcus* del grupo B (*S.pyogenes* y *S.agalactiae*). En la α -hemolisis el halo es verdoso producido por *Streptococcus* del grupo B por ejemplo *S.pneumoniae*. Y en la γ -hemolisis, no hay hemolisis como por ejemplo en *Enterococcus*.

- DNAsa: determina la presencia de enzimas que hidrolicen el DNA, llamadas nucleasas o desoxirribonucleasas. La prueba se lleva a cabo en el medio de cultivo agar para DNAsa. Se utiliza para la identificación de *S.aureus* y su diferenciación de *S. epidermidis* u otros estafilococos con resultado negativo a la DNasa, además de la diferenciación de *Serratia marcescens* positivo de *Klebsiella/Enterobacter* negativo. d) Prueba CAMP: sirve para la determinación de *S.agalactiae*, ya que produce el factor camp, proteína termosensible que potencia la β -hemolisis de *S. aureus*.

1.3.2. Pruebas para la presencia requerimientos nutricionales, vías metabólicas y sensibilidad antimicrobiana. a) Según los requerimientos nutritivos:

- Prueba de los factores X, V y XV: En genero *Haemophilus* necesita para su crecimiento la presencia de factor X (hemina, porción Hem de la hemoglobina) y el factor V o niacina (dicluceótido adenina-nicotinamida) la necesidad de uno o ambos factores, permite diferenciar las especies: *H.parainfluenzae* requiere solo factor V, *H.ducreyi* factor X y *H. influenzae* ambos factores V y X. b) Determinación del metabolismo proteico:

- Producción de sulfuro de hidrogeno (SH₂): hay microorganismos que producen SH₂ a partir de aminoácidos azufrados. Al inocular estos microorganismos en

medios con sales de hierro o plomo, este sulfuro de hidrogeno forma sulfuro de hierro o sulfuro de plomo, el cual se evidencia como un precipitado negro en el lugar de crecimiento. Se pone de manifiesto en medios de agar acetato de plomo y en medios combinados como TSI o Kliger (se detallan más adelante).

Permite diferenciar las enterobacterias Salmonella positiva y Shigella negativa. Citrobacter también es positivo c) Determinación del metabolismo hidrocarbonado:

- Prueba del citrato: determina si un microorganismo es capaz de utilizar citrato como única fuente de carbono. El cultivo más usado es el agar inclinado de Simmons (color verde) en tubo, contiene citrato, sales de amonio como fuente de nitrógeno y azul de bromotimol como indicador de pH. Los microorganismos citrato positivos basifican el medio, y el medio cambia de color de verde a azul.

Es uno de los test del IMViC usado para diferenciar especies de enterobacterias capaces de utilizar el citrato como única fuente de carbono. Por ejemplo, son positivas Citrobacter, Enterobacter, Klebsiella, Serratia, Proteus y algunas salmonelas.

- Pruebas de oxidación-fermentación: permite diferenciar entre el metabolismo aerobio, anaerobio facultativo y anaerobio estricto, se emplea en Gram negativas y es de especial utilidad en bacilos no fermentadores. El fundamento de la prueba se basa en el metabolismo de la glucosa que puede seguir la vía oxidativa o fermentativa, que se identifica al acidificarse el medio.

La prueba se realiza en tubo, en medio semisólido de Hugh-Leifson, medio glucosado y como indicador de pH, azul de bromotimol (color verde).

- Determinación del tipo de fermentación:

- . Prueba rojo de metilo: es positiva para las bacterias que producen una fermentación ácido mixta (fermentan la glucosa a ácido láctico, acético o fórmico). Utiliza el medio líquido Clark-Lubs comercializado como RMVP, y forma parte del test IMViC para enterobacterias junto al indol y citrato.

Son positivas la mayoría de los géneros: Echerchia, Proteus, Salmonella, Shigella, Citrobacter y Yersinia

- . Prueba de Voges Proskauer: es una prueba que determina la fermentación butilenglicólica, al poner de manifiesto la acetoina (producto intermedio). Se utiliza el medio Clark-Lubs (RMVP) y el reactivo de Voges-Proskauer, produciendo un color rojo-violáceo.

Son positivas Klebsiella, Enterobacter, Serratia y Hafnia.

- . Producción de gas: las bacterias anaerobias o anaerobias facultativas a menudo fermentan carbohidratos a ácidos orgánicos y gas (H_2 o CO_2).

- d) Sistema multipruebas: existen medios de composición compleja y sistemas comerciales que permiten realizar varias pruebas bioquímicas simultáneamente.

. Agar hierro Kliger o medio KIA (Kliger Iron Agar) y Agar hierro triple azúcar o medio TSI.

Son medios de cultivo similares, que se usan en la identificación de enterobacterias. Permite determinar la fermentación de glucosa y lactosa, producción de sulfuro de hidrógeno y la producción de gas.

El medio KIA es en tubo inclinado incorpora glucosa y lactosa en concentraciones 1:10, el medio TSI es en tubo inclinado incorpora, glucosa, lactosa y sacarosa. Ambos tienen como indicador rojo fenol, peptonas y sales de hierro. El medio presenta una tonalidad rosada o rojiza. Se siembra en superficie en el pico de flauta y en profundidad por picadura. Son medios preparados para leerse a las 24 horas. Tras la incubación se puede obtener los siguientes resultados:

. Fermentación solo de la glucosa: viraje a amarillo del fondo del tubo. Todas las enterobacterias fermentan la glucosa. Ocurre al agotarse la glucosa en el pico de flauta y comienzan a utilizar las peptonas en aerobiosis, basificando el medio en la superficie virando a rojo. Se observa en *Salmonella*, *Shigella*, *Proteus*, *Yersinia*. Fermentación de la lactosa: viraje a amarillo todo el medio. Ocurre si la bacteria también fermenta la lactosa, que ocurre después de la fermentación de la glucosa, por el mecanismo llamado de represión por catabolito. Se observa en *E. coli*, *Enterobacter*, *Klebsella* y *Citrobacter*.

. Producción de sulfuro de hidrógeno (SH₂). Se determina por el oscurecimiento del fondo del tubo (negro) por lo mencionado anteriormente. Ocurre en la determinación de *Salmonella*, *Proteus* y *Citrobacter*.

Producción de gas: se determina por resquebrajamiento del medio. Se observa en *E. coli*, *Salmonella*, *Citobacter*, *Yersinia* y *Proteus*.

- Test IMViC

Es un test compuesto por cuatro pruebas bioquímicas que se emplean para identificar algunas enterobacterias y también para caracterizar a bacterias de género *Bacillus*.

Las cuatro pruebas son: prueba del indol, rojo metilo, Voges-Proskauer y prueba del citrato, todas ellas ya descritas. - Pruebas de resistencia y sensibilidad a antimicrobianos: normalmente se usan discos de papel impregnados en antibióticos, que se colocan sobre el medio de cultivo (Müller-Hinton) inoculado con la cepa a determinar. Se produce halo de inhibición del crecimiento, si la bacteria es sensible al antibiótico.

Los test de sensibilidad más característicos son:

El test de sensibilidad a novobiocina permite diferenciar a *Staphylococcus aureus* y *S. epidermidis* que son sensibles, de *S. saprophyticus* que es resistente.

El test de optoquina permite diferenciar a *S. pneumoniae* sensible, de otros estreptococos.

tococos alfa hemolíticos.

Y por último, el test de bacitracina, se utiliza para la identificación de *S. pyogenes* ya que es el único estreptococo sensible.

1.4. Sistemas multitest y automáticos.

Para mejorar la eficiencia de la identificación bacteriana existen baterías comerciales de pruebas agrupadas o multitest, donde se reúnen el mejor conjunto de pruebas para la identificación de un grupo bacteriano. Simplifican la interpretación de los resultados utilizando valores numéricos, contiene los reactivos listos para su uso y algunos son totalmente automatizables.

Los sistemas comerciales más comúnmente usados son: Enterotube IIR, API 20 ER, API 10, MicroScan, ViteK y Bactec (para hemocultivos).

Las baterías de identificación suelen consistir en una placa, microplacas o tarjetas que contienen una serie de cápsulas independientes, cada una con los sustratos deshidratados o pequeños medios listos para sembrar, y con los reactivos necesarios para una o más pruebas de determinación.

Los equipos MicroScan, Bactec y ViteK son un sistema totalmente automatizado, donde un dispensador robotizado siembra la suspensión problema sobre tarjetas e interpreta los resultados, identificando el microorganismo, mediante un sistema informático acoplado.

2. Métodos moleculares.

2.1. Métodos moleculares basados en ácidos nucleicos.

Se basa en que la secuencia de ADN o ARN del microorganismo es una característica propia y específica de cada especie (huella dactilar). El fundamento de estas técnicas es obtener la secuencia del material genético problema, y mediante la comparación con bases de datos públicos que contienen un amplio número de secuencias bacterianas, lograr la identificación.

Estos métodos precisan el aislamiento y extracción del material genético bacteriano con la mayor pureza.

Entre las pruebas empleadas con mayor frecuencia se encuentran, las técnicas de amplificación genética, PCR y PCR a tiempo real (qPCR). Las técnicas de hibridación de ácidos nucleicos (microarray), pirosecuenciación y métodos de digestión enzimática seguida de electroforesis en gel de campo pulsado (PFGE). Recientemente la aparición de la técnica PCR- multiplex acoplada a curvas de temperatura melting, identifica de forma temprana algunos agentes etiológicos bacterianos y fúngicos de la especie a partir de la muestra directa.

Dichas técnicas varían según el tipo de muestra que se analiza.

2.2. Métodos proteómicos

La proteómica es el estudio y caracterización del conjunto de proteínas expresadas por un genoma (proteoma). Las técnicas más usadas se basan en la electroforesis y en la espectrofotometría de masas. Para ello se consigue el perfil proteico del microorganismo a determinar y se compara con perfiles proteicos patrones bacterianos estandarizados que permiten la identificación.

Actualmente, las técnicas más utilizadas son la espectrofotometría de masas MALDI-TOF. Esta técnica utiliza el espectro de masas de cada compuesto, denominado “huella química”. Se basa en la obtención del espectro de masa del perfil de proteínas del microorganismo a determinar y la comparación de este con los espectros de masas de perfiles proteicos existentes en la base de datos. Este sistema se ha desarrollado y permite la identificación de bacterias enteras sin la necesidad de largos procedimientos previos, como la extracción de proteínas, digestión, purificación, etc.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal de las técnicas y métodos descritos es la identificación y clasificación bacteriana, siendo de gran importancia en la clínica, la industria farmacéutica, la industria cosmética y la industria alimentaria.

Se emplean técnicas fenotípicas, manuales o automatizadas, las cuales pueden tener ciertas limitaciones, que se solventan con los métodos moleculares, proteómicos o serológicos, los cuales en la actualidad están optimizando y se consiguen resultados muy rápidos y fiables, siendo el coste menor que cuando surgieron.

Mencionar, que, junto a estos procedimientos de identificación, en el área clínica es de gran relevancia que los resultados obtenidos vayan acompañados de un perfil de sensibilidad antimicrobiana para poder establecer un tratamiento adecuado.

Es imprescindible que los alumnos que cursan el mencionado ciclo formativo adquieran los conocimientos y habilidades prácticas expuestas para poder interpretar los resultados obtenidos y llevar a cabo una labor adecuada en un futuro puesto de trabajo.

6 Bibliografía

1. García Espinosa B, Romero Burguillos R, Rubio Campal F. Técnicas de inmunodiagnóstico. España: Ediciones Paraninfo, S.A; 2016.

2. Prats G. Microbiología Clínica. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2006.
3. Porres Osante N, Ruiz Ruiz E. Microbiología clínica. España: Ediciones Paraninfo, S.A; 2018.
4. Tortora GJ, Funke BR, Case CL. Introducción a la microbiología. 9ªed. Argentina: Médica Panamericana;2007.

Capítulo 424

CARACTERÍSTICAS Y CLASIFICACIÓN DE LOS VIRUS IMPLICADOS EN PROCESOS INFECCIOSOS HUMANOS: TOMA DE MUESTRAS, TRANSPORTE, PROCESAMIENTO E IDENTIFICACIÓN DE AGENTES VIRALES. CULTIVOS CELULARES

ANA ISABEL ANDINO HERRERA

SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO

JORGE MENA GONZALEZ

ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA

M ISABEL MORENA ESPADA

1 Introducción

En 1796, el médico Jenner desarrolló la primera vacuna contra una enfermedad de origen viral, la viruela. En 1885, Pasteur desarrolló la vacuna contra la rabia. En ambos casos ninguno sabían contra qué patógenos combatían sus vacunas.

Fue un asistente de Pasteur, Charles Chamberland, bacteriólogo francés, quien aportó la pieza clave que llevaría al descubrimiento del primer virus. Inventó un filtro de porcelana que permite separar bacterias, con la intención de producir agua libre de bacterias para usar en sus experimentos con Pasteur.

Pero un científico ruso le dio otro uso, abriendo las puertas al descubrimiento de los virus. Ivanovsky, microbiólogo y botánico, comenzó a investigar una enfermedad que afectaba a la planta del tabaco, se le apodó el mosaico del tabaco, ya que producía manchas en las hojas que le daban ese aspecto. En 1892, Ivanovsky molió hojas extraídas de una planta infectada y pasó el cultivo por el filtro de Chamberland. Su experimento mostró que, al inocular el filtrado en plantas sanas, estas enfermaban. Y así, logró determinar que el causante de la enfermedad se trataba de un agente filtrable, dando origen a una nueva categoría de patógenos. Fue Beijerinck, neerlandés, microbiólogo y botánico, quien logró avanzar aún más. Además de descubrir algunas de sus propiedades, bautizó a este patógeno como “virus”, palabra derivada del latín que significa veneno (algunas versiones señalan que fue Ivanovsky quien primero usó el término). Concluyó que se trataba de un patógeno líquido vivo.

A pesar de que las investigaciones de Ivanovsky y Beijerinck contenían conclusiones erróneas, dieron pie a una nueva rama de la ciencia, la virología.

Los virus no fueron observables hasta el descubrimiento de la microscopía electrónica, que ha permitido definir con más detalle los aspectos de su estructura.

2 Objetivos

- Describir las características generales (estructura, morfología, replicación y clasificación) de los virus implicados en procesos infecciosos humanos.
- Recopilar las distintas técnicas llevadas a cabo en el laboratorio de análisis clínicos para el diagnóstico de las infecciones víricas humanas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en este ámbito publicada en los últimos años.

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

4 Resultados

1. Características generales:

Son agentes infecciosos con organización acelular (carecen de estructura celular), contienen proteínas, material genético (ADN o ARN), orgánulos funcionales y ribosomas. Un virión es una partícula vírica estructuralmente completa e infecciosa.

Son parásitos intracelulares obligados que dependen de la maquinaria bioquímica de la célula hospedadora para su replicación (sintetizar proteínas y replicar el genoma).

Los virus infectan cualquier célula eucariota y procariota. Los bacteriófagos o fagos infectan bacterias, los cianofagos a cianobacterias, colifagos a enterobacterias, micofagos a hongos.

Su tamaño es entre 25-500nm, siendo solo visibles al microscopio electrónico, con la excepción del poxvirus (200-400nm) y filovirus (>1000nm de largo) que por su tamaño se pueden observar a microscopio óptico.

Los virus poseen dos estadios: un estadio extracelular, estructuralmente completo, metabólicamente inerte, no sufre replicación y es la forma infectante que se libera de la célula infectada, es de vida corta. Y un segundo estadio intracelular (infección) donde el virus se desorganiza para replicarse y producir nuevos viriones completos e infectivos. Crecen en cultivos celulares, no en medios inertes. Mencionar también otras partículas submicroscópicas patógenas: viroides y virusoides.

Los viroides son los agentes infecciosos más pequeños descritos. Están constituidos únicamente por una molécula de ARN circular de cadena simple (formando por secuencias intrónicas), sin cápside. A pesar de su tamaño y de no codificar proteínas, son capaces de replicarse autónomamente y moverse sistémicamente. Causan enfermedades en plantas susceptibles, gracias a su capacidad para interactuar con factores del hospedador. Se localizan fundamentalmente en el nucleolo de la célula (200-1000 copias).

Los virusoides son moléculas de ARN monocatenario circular que requieren la colaboración de otro virus para producir infección. Por ejemplo, el virus de la hepatitis D (VHD).

2. Estructura y morfología de los virus:

Un virión es un virus maduro, una partícula vírica completa e infectiva, formado por los siguientes componentes.

2.1. Genoma.

El genoma viral puede ser ADN o ARN, monocatenario (mc) o bicatenario (bc), lineal o circular, único o segmentado, de polaridad positiva o negativa.

Los virus se van a clasificar como virus ADN o virus ARN, es el método actual para la clasificación taxonómica de los virus.

El ácido nucleico de los virus ADN suele ser bicatenario, excepto en Parvovirus (ADNmc), lineal o circular en función de la familia. En ADN circular supera la dificultad que tienen los ADN lineales para replicar sus extremos libres.

El ácido nucleico de los virus ARN suele ser monocatenario, excepto los reovirus y birnavirus (ARNbc), y puede estar segmentado (reovirus, ortomixovirus, bunyavirus y arenavirus).

El ARNmc puede ser: de polaridad positiva, el genoma tiene la misma polaridad que el ARN mensajero viral y puede funcionar directamente ARM mensajero (ARNm). O de polaridad negativa, el ARN viral tiene polaridad opuesta al ARNm y no puede ser traducido en proteínas hasta que no se ha sintetizado la hebra complementaria (polaridad positiva).

El ácido nucleico puede estar unido a nucleoproteínas codificadas por el propio virus.

No existe ADN segmentado, ni ARNbc circular.

2.2. Cápside o cubierta.

Estructura proteica que encierra el ácido nucleico. La combinación de ácido nucleico y cápside se conoce como nucleocápside o core.

Está formada por subunidades llamadas capsómeros cada uno de las cuales están formadas por cinco protómeros (pentámero o pentones), los cuales están formados por 3 proteínas. Son de número variable pero específico y constante dentro de la misma especie.

La cápside protege el ácido nucleico de la degradación. Es una estructura rígida capaz de soportar condiciones ambientales adversas, excepto en virus con envoltura. Los virus con cápside desnuda o virus desnudos (sin envoltura), por lo general son más resistentes a la desecación, los ácidos y los detergentes (incluido el ácido y la bilis del tubo digestivo) que los virus con envoltura. Los virus de transmisión oral- fecal suelen ser de cápside desnuda.

Pueden tener forma icosaédrica (más abundante), helicoidal o compleja (fago T4 y fago λ).

2.3. Envoltura.

Algunos virus presentan una envoltura de naturaleza lipoproteica rodeando la cápside, originada a partir de las membranas nucleares o plasmáticas de la célula huésped, o menos frecuente a partir de retículo endoplasmático (RE) (coronavirus y hepadavirus) o Aparato de Golgi (AG) (bunyavirus).

Contiene glucoproteínas llamadas peplómeros (espigas o espículas) que intervienen en la fusión de la membrana con la célula hospedadora. Los virus con envuelta se adhieren a las células huésped a través de la envoltura. Las proteínas celulares raramente se encuentran en la envoltura de los virus, incluso aunque se obtenga de las membranas celulares.

La mayoría de los virus con envoltura son redondos, excepto los poxvirus que poseen una estructura interna compleja y una estructura externa a modo de ladrillo, y los rhabdovirus, que tienen forma de bala.

Todos los virus RNA de cadena negativas simple poseen envoltura. Y no hay fagos con envoltura.

La envoltura se puede eliminar utilizando detergentes, disolventes y ácidos. De esta forma se reduce la infectividad viral, por lo que los virus con envoltura son más sensibles que los virus desnudos. En general estos virus se suelen transmitir por medios fluidos, gotas respiratorias, sangre, etc.

2.4. Otros componentes.

Los virus requieren de distintas proteínas según su genotipo y modo de infección. En alguna especie de virus estas proteínas forman parte de la partícula, como la hemaglutinina y la neuraminidasa de los Ortomixovirus, que intervienen en el reconocimiento adsorción y penetración en la célula diana

Algunos viriones contienen en su interior enzimas implicadas en maquinaria de replicación, como RNA polimerasa, transcriptasa inversa (TI), integrasa y dos moléculas de RNA trasferente en Retrovirus.

3. Replicación de los virus:

El ciclo de replicación viral es de 5 etapas.

☒ Adsorción: Debe de haber un reconocimiento entre el receptor específico de la célula diana y la proteína de la cápside o envoltura de unión viral. La célula diana define el tropismo tisular (neurotrofo y linfotrofo).

Por ejemplo, el virus de la gripe (ortomixovirus) a través de hemaglutininas reconoce el ácido siálico de la célula huésped, el virus de la rabia por gp G reconoce receptores de acetilcolina en las neuronas y el virus Epstein-Barr a través de gp350 y gp 220 reconoce CD21 presente en linfocitos B.

☒ Penetración: los virus sin envoltura generalmente penetran por endocitosis mediada por receptor o por viropexia (fagocitosis inespecífica) y los virus con envoltura por fusión de membranas. En el interior de la célula se produce la descapsidación.

Es un proceso irreversible, dependiente del pH y de temperatura.

☒ Proliferación: es la fase donde se produce la replicación del ácido nucleico (distintos procesos en función del tipo de genoma viral) y la síntesis de las proteínas

que forman parte del virión, los tipos de proteínas son: proteínas no estructurales o tempranas sintetizadas al inicio (implicadas en la replicación del genoma) y proteínas estructurales o tardías (proteínas de la cápside).

☒ Ensamblaje: Las proteínas de la cápside y el genoma se reorganizan formando nuevas partículas víricas (viriones), en algunas especies rodeadas por una envoltura.

☒ Liberación: Los virus pueden ser liberados de las células tras lisis celular (virus desnudos), exocitosis (virus que adquieren la envoltura en el citoplasma) o por gemación (virus con envoltura) a partir de la membrana plasmática.

3.1. Ciclo de replicación.

El ciclo de replicación de un virus es variable. Se diferencian dos fases.

La fase eclipse donde no se detectan viriones infectivos intracelulares. Esta se inicia al principio del periodo de latencia y termina con el ensamblaje de los nuevos viriones.

La fase de maduración o acumulación intracelular, donde se producen los componentes estructurales, se ensamblan y aumenta considerablemente el título de viriones activos dentro de las células.

También se diferencia el periodo de latencia, que es el tiempo que transcurre desde la infección de una célula hasta la liberación de virus al exterior. Los viriones son liberados más o menos simultáneamente.

La replicación vírica se caracteriza normalmente por una curva de crecimiento en una sola etapa.

4. Clasificación viral:

El sistema de clasificación usado para los virus se basa en los siguientes criterios morfológicos y bioquímicos.

- Genoma: según la clasificación de Baltimore, basada principalmente en las características del genoma y la relación entre este y el ARNm, los virus se agrupan en siete clases:

☒ Clase I: ADN bc

☒ Clase II: ADNmc

☒ Clase III: RNAbc

☒ Clase IV: RNAmc positivo

☒ Clase V: RNAmc negativo

☒ Clase VI: RNAmc que replica a través de un intermediario de ADN gracias a la transcriptasa inversa. (retrovirus)

☒ Clase VII: virus de ADNbc parcial que replica a través de un intermediario de ARN (hepadavirus).

- Simetría de la cápside: icosaédrica, helicoidal o compleja.

- Presencia o ausencia de envoltura (peplómeros): virus envueltos o desnudos
- Diámetro del virión o de la nucleocápside.

5. Diagnóstico de laboratorio:

Los métodos de laboratorio utilizados: descripción de los efectos citopáticos (ECP), detección de partículas víricas o componentes de estas (proteínas, enzimas y genomas), aislamiento y crecimiento de los virus, y evaluación de la respuesta inmunitaria del paciente frente al virus.

5.1. Toma, transporte y conservación de la muestra.

La elección de la muestra adecuada es difícil, debido a que diversos virus son capaces de producir un mismo cuadro clínico.

Las muestras se deben obtener en una etapa precoz de la fase aguda de la infección, dentro de las primeras 72 horas, ya que es cuando el virus se excreta en concentraciones relativamente elevadas y todavía no se ha unido a anticuerpos. La muestra debe de ser representativa del proceso infeccioso, estar en cantidad suficiente, tomarse con dispositivos estériles, herméticos e irrompibles, correctamente identificada (nombre del paciente y volante), y ser transportada lo antes posible al laboratorio.

En general deben inocularse antes de 1-2 horas y algunos deben sembrarse inmediatamente después de tomarlos, Si no es posible, conservar en nevera a temperatura entre 4-8°C. Si la muestra se siembra directamente (hemocultivo) debe mantenerse en incubadoras a 35-37°C o en su defecto a temperatura ambiente.

El transporte debe ser a 4°C en recipientes estériles adecuados con tapa hermética, no congelar previamente a no ser que implique larga distancia.

Debido a la gran labilidad de los virus se pueden utilizar sustancias químicas como albúmina bovina, gelatina y conservantes o preservantes en muestras líquidas, que ayudan a mejorar la labilidad. También conviene utilizar agregados de antibióticos o antifúngicos que previenen el desarrollo de la flora del paciente. Para virus de alta transmisibilidad, los Manuales de Bioseguridad de la OMS y otras normas internacionales, establecen un triple embalaje debidamente etiquetado con el pictograma de peligro biológico.

Para la conservación de las muestras se pueden mantener algunos días a 4°C y si luego se siguen procesando, deben congelarse a -20°C. Los virus con envuelta son más lábiles y los procesos de congelación -descongelación disminuyen su viabilidad.

5.2. Estudio citopático.

Muchos virus producen efectos citopáticos que se definen como alteraciones degenerativas macro y microscópicas en las células del hospedador.

Se observan en muestras tisulares o en cultivos celulares, estas son: modificaciones de la morfología celular, lisis celular, formación de vacuolas, sincitios y cuerpos de inclusión, como por ejemplo: cuerpos de Negri producidos por la rabia, inclusiones de Cowdry en herpes simple, cuerpos de Guarnieri en la viruela y cuerpos de Counsilman en fiebre amarilla.

5.3. Aislamiento viral. Cultivo celular.

Los virus pueden crecer en cultivos tisulares, huevos embrionados o animales de experimentación. En el aislamiento rutinario se usan cultivos celulares.

Los cultivos celulares son un conjunto de técnicas que permiten el mantenimiento de las células “in vitro”, manteniendo al máximo sus propiedades fisiológicas, bioquímicas y genéticas. Para su mantenimiento se requieren medios basales, por ejemplo, el medio mínimo esencial de Eagle (EMEM) con tampón de Earl o de Hanks, que contiene aminoácidos, vitamina, glucosa en una solución tamponada, concentración de gases, pH y presión osmótica adecuada, se suplementan con bicarbonato, antibióticos, suplementos con suero bovino fetal.

Los principales inconvenientes son: su alta sensibilidad a agentes externos, elevado coste y mantenimiento, y la elevada inestabilidad.

Los cultivos celulares deben subcultivarse para poder mantenerlos, es decir, dar pases.

Un tipo de aislamiento es el cultivo en Shell vial, donde se inocula la muestra sobre una monocapa de células previamente crecidas sobre un tubo especial (Shell vial), seguida de una centrifugación. Tras 24-48 horas de incubación a 37°C y 5% de CO₂, se puede detectar la presencia de los virus mediante inmunofluorescencia directa. La centrifugación acelera la adherencia y la penetración en la célula hospedadora.

La preparación de las muestras para la inoculación en el medio de cultivo celular es: para muestras de heces (2 gramos) y orina (una alícuota) se mezclan con una solución salina equilibrada de Hanks (SSE) con antibióticos; las muestras recogidas en hisopo, se agita el hisopo en 2 mL de medio de transporte y se inocula; los tejidos se deben triturar y suspender en SSE con antibióticos; y LCR y la sangre se inocula directamente.

6. Detección directa:

Pueden utilizarse distintos métodos que se mencionan a continuación.

- Métodos inmunológicos, es una detección rápida de antígenos virales por: inmunofluorescencia directa (IFD), o enzimoimmunoensayos (EIA), radioinmunoanálisis (RIA), aglutinación en látex y hemaglutinación donde las células infectadas por el virus expresan glucoproteínas víricas (hemaglutinina), que aglutinan los eritrocitos de determinadas especies de animales en la superficie de las

células infectadas, conocido como hemadsorción.

- Métodos de biología molecular, por PCR para detección de genoma viral
- Microscopia óptica y electrónico: observación del efecto citopático de los virus.
- Purificación de viriones, al hacer una centrifugación diferencial por gradiente de densidad.
- Puede suceder el fenómeno de interferencia heteróloga, es cuando el virus no causa ECP pero interfiere en la replicación de otros virus. Por ejemplo, el virus de la rubeola interfiere en la replicación de los picornavirus.
- ELVIS (sistema ligado a enzimas inducible por virus), es un método innovador para detección del virus del herpes simple (VHS). Emplea células de cultivo celular modificadas genéticamente que al ser infectadas por el virus expresan el gen de la β -galactosidasa y adquieren color azul.

7. Métodos indirectos:

El diagnóstico serológico de la infección viral es un método de gran utilidad y facilidad, ya que las muestras de suero, sangre, orina y heces, pueden obtenerse, transportarse y procesarse fácilmente. Se utilizan métodos inmunológicos generalmente ELISA, que detecta la presencia de anticuerpos específicos ante virus (IgM/ IgG) en el suero del paciente.

La serología viral tiene dos finalidades: el diagnóstico de una infección actual o reciente detectando IgM, y poner de manifiesto una inmunidad previa detectando IgG específicos del virus.

De forma rutinaria la serología es el método de diagnóstico de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C, virus del Epstein-Bar, citomegalovirus, rubeola, varicela-zóster, sarampión, parotiditis y parvovirus B19.

5 Discusión-Conclusión

Los avances en el manejo de pacientes críticos por causa de infecciones virales, de inmunodeprimidos y por la posibilidad de ofrecer un tratamiento antiviral oportuno, han exigido que el diagnóstico virológico sea un servicio central dentro de los laboratorios clínicos.

Un correcto y completo diagnóstico virológico permite además monitorizar pacientes con infecciones crónicas, detectar seroconversión o susceptibilidad de la población vacunada y caracterizar epidemias causadas por estos agentes.

Es imprescindible que los profesionales de la salud adquieran los conocimientos y habilidades prácticas expuestas en el presente capítulo para poder realizar téc-

nicas de diagnóstico e interpretar sus resultados, con el fin de realizar una buena labor en un futuro puesto de trabajo.

6 Bibliografía

1. Prats G. Microbiología Clínica. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2006.
2. Tortora GJ, Funke BR, Case CL. Introducción a la microbiología. 9ªed. Argentina: Médica Panamericana; 2007.

Capítulo 425

LA SONICACION DE PRÓTESIS POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO

NATALIA GARCIA GUTIERREZ

ADELA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

M^a DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ LOBETO

JOSE LUIS GETINO GUTIERREZ

MÓNICA ÁLVAREZ MINAYO

1 Introducción

La calidad de vida de los pacientes intervenidos a los que se les ha implantado material protésico puede verse comprometida, así como la funcionalidad de las piezas implantadas, si sobre estas sobreviene una infección. Las bacterias suelen formar biopelículas sobre las superficies, dificultando la detección por métodos convencionales, luego el diagnóstico microbiológico no suele ser fácil. La técnica de sonicación consiste en someter a la pieza implantada a ondas ultrasónicas que tienen la propiedad de romper las biopelículas mencionadas y liberarlas bacterias existentes al líquido de sonicación. Este líquido que debe tener propiedades tales que favorezcan la disolución o dispersión de a biopelícula bacteriana; debe ser compatible con la muestra, además de tener una baja viscosidad y alta tensión superficial para favorecer la cavitación.

El líquido resultante se puede analizar mediante técnicas moleculares, también se puede cultivar.

Se puede practicar un cultivo de los tejidos periprotésicos o un cultivo del líquido articular para obtener la información con la que llegar a un diagnóstico de infecciones crónicas de prótesis, pero la sonicación ha demostrado en la práctica clínica ser más sensible y específica. No obstante, cuando se trata de infecciones agudas, la sonicación de piezas protésicas no ofrece ventajas significativas. La sonicación de prótesis permite al facultativo identificar los microorganismos causantes de la infección. Puede averiguar cuál es su perfil de sensibilidad a distintos antibióticos para determinar cuál es el tratamiento más adecuado.

2 Objetivos

Exponer en qué consiste la técnica de sonicación de piezas protésicas para el diagnóstico de infecciones e informar de cuáles son las virtudes y limitaciones respecto a otras técnicas que se practican en la actualidad o se han practicado en el pasado con el mismo propósito.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se investigó la literatura científica relacionada con este tema, haciendo una revisión bibliográfica de libros y artículos científicos. Se han consultado las principales bases de datos y seleccionado los artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Ante la sospecha de un implante infectado se emplea la técnica de sonicación consistente en aplicar sobre el implante ondas ultrasónicas con el propósito de romper las biopelículas que forman las bacterias sobre la superficie de los dispositivos implantados y de esta forma liberar al líquido de sonicación los microorganismos que el profesional necesita analizar empleando técnicas moleculares o mediante un cultivo.

Esta técnica se basa en el fenómeno de cavitación, que es la formación y colapso de las burbujas de gas que se forman en un líquido al que sometemos a ondas ultrasónicas. Las fuerzas mecánicas y térmicas que generan las burbujas de gas desintegran las biopelículas y dañan las membranas celulares de los microorganismos. El baño ultrasónico debe practicarse con una potencia y frecuencia determinada. El tiempo de aplicación será variable según el tipo de implante que

sometamos a esta prueba. Una vez transcurrido el tiempo preciso, la muestra se procesa según un protocolo establecido, recogiendo el líquido producto de la sonicación en un recipiente estéril.

En cuanto al líquido de sonicación se elige uno que sea compatible con la muestra y que tenga una baja viscosidad y una alta tensión superficial para facilitar la cavitación como el agua, etanol, metanol, acetato de etilo y acetonitrilo. El líquido de sonicación puede sufrir cambios de pH, temperatura y composición por la cavitación; es necesario prever estos fenómenos para que los resultados sean los correctos.

Antes de la introducción de esta técnica, el método de referencia empleado era el diagnóstico microbiológico basado principalmente en el cultivo de muestras obtenidas por punción articular o por una biopsia quirúrgica. Sin embargo estos métodos presentan una baja sensibilidad y especificidad; esto se debe a la formación de biopelículas sobre el implante; así como a la administración masiva de antibióticos, presencia de flora comensal que contamina la muestra, por último, estas técnicas no siempre permiten obtener una cantidad de muestra necesaria y la calidad de la misma puede verse fácilmente comprometida.

La técnica de sonicación presenta una serie de ventajas que la hacen altamente recomendable aunque también presenta una serie de limitaciones que se exponen a continuación:

La principal ventaja de la sonicación es que la sensibilidad y la especificidad del diagnóstico microbiológico de las infecciones de implantes aumenta claramente, sobre todo en formas crónicas de infección, respecto a otras técnicas y métodos convencionales como el cultivo de tejidos periprotésicos o el cultivo de líquido articular suelen proporcionar resultados falsos negativos o resultados contaminados.

Otra ventaja es que la sonicación también puede identificar cuáles son los agentes que causan la infección. Proporciona la información que el facultativo precisa para determinar su perfil de resistencia a los antibióticos y de esta manera ser mas preciso en la prescripción del tratamiento mas adecuado.

Por último, la sonicación es una técnica sencilla, no requiere mucho tiempo ni un elevado coste económico, además de ser fácilmente reproducible.

Entre sus limitaciones hay que destacar las siguientes:

La limitación principal es que para su aplicación se ha de retirar la prótesis del paciente, lo que requiere una cirugía mayor. Una intervención de este tipo conlleva una serie de posibles complicaciones para el paciente. No se puede aplicar si lo

que se intenta es conservar la prótesis aplicando un desbordamiento quirúrgico y la prescripción de antibióticos durante un tiempo mas o menos prolongado. Una limitación añadida sería que la sonicación provoca la lisis celular de algunos tipos de microorganismos, lo que complica su análisis y detección mediante un cultivo microbiológico. Para paliar este efecto lo que se suele hacer es aplicar además técnicas moleculares mas sensibles y específicas como una PCR.

5 Discusión-Conclusión

La técnica de sonicación es una herramienta útil para el diagnóstico de infecciones asociadas a prótesis e implantes quirúrgicos, permite romper las biopelículas bacterianas que se forman sobre la superficie del implante y libera los microorganismos que provocan la infección al líquido de sonicación, que puede ser agua, etanol, metanol, acetato de etilo o acetonitrilo.

El líquido de sonicación se analiza mediante un cultivo o preferiblemente mediante técnicas moleculares. La técnica de sonicación mejora la sensibilidad y la especificidad del diagnóstico, también la identificación de los agentes que causan la infección. Con su perfil de resistencia se logra prescribir el tratamiento mas adecuado. Sin embargo esta técnica también tiene contraindicaciones e inconvenientes: requiere retirar el implante para poder sonificarlo, con lo que conlleva una intervención de cirugía mayor; la lisis celular de algunos microorganismos dificulta su detección en un cultivo, por lo que es recomendable combinar la sonicación con la aplicación de técnicas moleculares como la PCR, que tiene mayor sensibilidad y especificidad.

La sonicación es innovadora y muy interesante porque mejora el diagnóstico de las infecciones de piezas protésicas. Aún tiene margen de mejora por lo que lo más recomendable es complementar esta técnica no otras y obtener con ello mejores resultados.

6 Bibliografía

- Elsevier España S.L.U. “Sonicación de prótesis articulares extraídas: una técnica útil para el diagnóstico microbiológico de infecciones crónicas [internet]. Elsevier España S.L.U.; 2011 [citado 7 agosto 2023].
- Agencia SINC. “La sonicación mejora el diagnostico de las infecciones asociadas a implantes” [internet]. Agencia SINC; 2015 [citado 7 agosto 2023].
- Dialnet.unirioja.es “Diagnóstico microbiológico de las infecciones asociadas

a prótesis articulares mediante la técnica de sonicación” [internet]. Dial-net.unirioja.es; 2016 [citado el 7 de agosto 2023]

Capítulo 426

LAS CARIES Y FUNCIONES DEL HIGIENISTA BUCODENTAL

PATRICIA FLOREZ SEGOVIANO

1 Introducción

La caries se conoce como enfermedad que afecta a la cavidad bucal y que no es contagiosa, está causada por bacterias y también influye en gran manera la dieta que adquiera la persona.

Es una de las enfermedades bucales que más afectan a la población. Puede ser de origen crónico y va avanzando paulatinamente.

Si este tipo de enfermedad no es tratada a tiempo, puede ser la causante de pérdidas de piezas dentales.

Algunos síntomas que provoca la caries pueden ser las siguientes:

- color marrón, negro o blanco de las piezas dentales.
- perforaciones en las piezas dentales.
- dolores inesperados.
- una gran sensibilidad dental.
- dolores al masticar o ingerir alimentos.

Algunos de los factores de riesgo pueden ser los siguientes:

- un mal cepillado de dientes, por ingerir alimentos con grandes cantidades de azúcar o sal, descuido de la higiene dental...

Se producen cuando el diente pierde el esmalte porque es carcomido por los ácidos.

La enfermedad crónica es observada tanto en la corona como en la raíz de los dientes primarios o los que son definitivos, viendo fisuras u hoyos debido a la

caries, afectando al esmalte y a la dentina de todas las piezas dentales y causando graves daños si no es tratado.

2 Objetivos

Conocer cuáles son las funciones del higienista bucodental en cuanto a la enfermedad crónica denominada caries.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han 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 como Medline, Scielo, PubMed y Google Académico.

4 Resultados

Puede haber diversos tipos de caries dentales dependiendo de los tejidos que forman los dientes y pueden ser los siguientes:

- El esmalte de las piezas dentales: está formado por un tejido de gran dureza y sin sensibilidad, es decir, que no siente nada y cubre la superficie coronaria del diente. Está formado por materia de origen orgánico en el 2% y también por aquella inorgánica en un 96% casi el total por completo.
- La dentina: también presenta cierta dureza, pero tiene parte de elasticidad de color entre blanco y amarillo que está por debajo del esmalte. Tiene un 70% de tejido de origen orgánico y un 18% de origen inorgánico.
- El cemento: está formado por un tejido de dureza que rodea la raíz. Está en contacto con unas fibras conocidas como ligamento periodontal que unen el tejido al hueso.
- La pulpa: es un tejido muy suave que está formado por vasos sanguíneos que llevan la sangre hasta los dientes y las fibras nerviosas que le dan cierta sensibilidad.
- El periodonto: son aquellas estructuras que dan sustento a las piezas dentales.

La caries coronaria consiste en un procedimiento de origen infeccioso donde los microorganismos expulsan ácidos que influyen de forma negativa a los componentes del esmalte dental, causando que carezcan de mineralización.

La caries radicular es causada por el retraimiento de la encía, por vejez o por enfermedad en el periodonto. Suele darse de forma más frecuente en personas mayores.

Algunas de las funciones del higienista bucodental en cuanto a la enfermedad de la caries pueden ser las siguientes:

La aplicación de flúor o selladores en las piezas dentales, suministrar anestesia, realizar limpiezas bucales, eliminando sarro y otros agentes que puedan ser dañinos.

5 Discusión-Conclusión

Para cerrar este capítulo de libro, se debe de tener en cuenta que los profesionales sanitarios de la salud, nos deben de hacer una campaña informativa para que podamos saber y conocer los hábitos saludables para el cuidado bucodental y seguir unos pasos para evitar enfermedades bucodentales como por ejemplo la aparición de las caries, labor importante que cumple el higienista dental.

Para ello se debe de controlar la ingesta de azúcar u otros componentes en la dieta diaria y después de cada comida, realizar una limpieza correcta y profunda de las piezas dentales, complementándolo con el hilo o seda dental y con un colutorio dental adecuado.

6 Bibliografía

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

Capítulo 427

ARTRITIS REUMATOIDE EN PACIENTES GERIÁTRICOS: ENFOQUE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MONTSERRAT CUESTA ARIAS

1 Introducción

La artritis reumatoide, una enfermedad crónica autoinmune que provoca inflamación en las articulaciones, constituye un desafío de salud significativo, especialmente cuando afecta a pacientes en la etapa geriátrica de la vida. La población geriátrica, caracterizada por su fragilidad y mayor predisposición a la comorbilidad, requiere una atención y enfoque diferenciados en el manejo de la artritis reumatoide. En este contexto, el rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería adquiere una relevancia crucial al desempeñar una función integral en el equipo de atención médica.

La artritis reumatoide en pacientes geriátricos puede manifestarse de manera atípica, lo que puede retrasar su diagnóstico y, por ende, limitar las oportunidades de intervención temprana. Los síntomas pueden asemejarse a los signos normales del envejecimiento, dificultando la identificación precisa de la enfermedad. Además, las comorbilidades frecuentes en esta población, como enfermedades cardiovasculares y diabetes, presentan desafíos adicionales en el manejo integral de la artritis reumatoide.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel fundamental al colaborar con el equipo médico y de enfermería para brindar un cuidado

holístico a estos pacientes. Esto implica no solo abordar las necesidades físicas, como administrar medicamentos y proporcionar terapia física, sino también prestar atención a las necesidades emocionales y psicosociales. La artritis reumatoide puede tener un impacto significativo en la calidad de vida, generando estrés, ansiedad y depresión. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede ofrecer apoyo emocional y brindar un ambiente de comprensión y empatía para mitigar estos efectos negativos.

En la atención a pacientes geriátricos con artritis reumatoide, la promoción de la movilidad y la independencia es esencial para mejorar su calidad de vida. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede colaborar en la implementación de planes de ejercicios y terapia ocupacional adaptados a las necesidades específicas de cada paciente. Además, el monitoreo constante de los síntomas y la comunicación efectiva con el equipo de atención médica son aspectos clave para ajustar el tratamiento de manera oportuna.

2 Objetivos

1. Informar sobre la artritis reumatoide en pacientes geriátricos: proporcionar una comprensión general de la artritis reumatoide y su impacto en la población geriátrica, destacando las diferencias y desafíos específicos en este grupo de edad.
2. Resaltar la importancia de la detección temprana, subrayando la necesidad de una detección temprana y diagnóstico preciso en pacientes geriátricos con artritis reumatoide, considerando la presentación atípica de síntomas y la posibilidad de comorbilidades.

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.

Los descriptores de búsqueda utilizados fueron: Artritis, Paciente Geriátrico.

4 Resultados

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune que afecta principalmente a las articulaciones, causando dolor, hinchazón y rigidez. En pacientes geriátricos, esta condición puede ser más complicada debido a la presencia de otras enfermedades crónicas y al proceso natural de envejecimiento. Aquí hay algunos aspectos importantes a considerar en el enfoque de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería:

1. Observación y comunicación: Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben estar atentos a los signos y síntomas de la artritis reumatoide en pacientes geriátricos, como dolor en las articulaciones, hinchazón, enrojecimiento y dificultad para moverse. La comunicación efectiva con el paciente y el equipo de atención médica es esencial para garantizar un manejo adecuado.
2. Ayuda con la movilidad: Los pacientes geriátricos con artritis reumatoide pueden experimentar dificultades para moverse. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben ayudar en la movilización del paciente, enseñar ejercicios de rango de movimiento y utilizar técnicas de posicionamiento adecuadas para prevenir contracturas y deformidades.
3. Administración de medicamentos: Bajo la supervisión de enfermeros o médicos, los técnicos pueden asistir en la administración de medicamentos para el control del dolor y la inflamación, como analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos.
4. Cuidado de la piel: La artritis reumatoide puede afectar la movilidad y la sensibilidad de la piel. Los técnicos deben brindar cuidado especial a la piel, prestando atención a posibles úlceras por presión y proporcionando cambios de posición regulares.
5. Educación: Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden educar a los pacientes geriátricos sobre la importancia de seguir el plan de tratamiento recomendado por el médico, incluyendo la toma adecuada de medicamentos y la realización de ejercicios recomendados.
6. Apoyo emocional: Vivir con artritis reumatoide puede ser emocionalmente desafiante para los pacientes geriátricos. Los técnicos pueden brindar apoyo emocional y estar atentos a signos de depresión o ansiedad.
7. Colaboración en el cuidado integral: Los técnicos trabajan en equipo con enfer-

meros, médicos y otros profesionales de la salud para brindar un cuidado integral y holístico a los pacientes geriátricos con artritis reumatoide.

Recuerda que las responsabilidades y funciones de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden variar según las regulaciones y políticas locales, así como la formación y la supervisión proporcionadas. Siempre es importante seguir las pautas y procedimientos establecidos por el lugar de trabajo y trabajar en colaboración con otros miembros del equipo de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el enfoque del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en pacientes geriátricos con artritis reumatoide es esencial para brindar un cuidado compasivo y efectivo. Estos profesionales desempeñan un papel fundamental al proporcionar cuidados personalizados que abordan tanto las necesidades físicas como emocionales de los pacientes. Al estar atentos a los signos y síntomas de la enfermedad, ayudar con la movilidad, administrar medicamentos, cuidar la piel y brindar apoyo emocional, los técnicos contribuyen de manera significativa a mejorar la calidad de vida de los pacientes mayores que luchan con los desafíos de la artritis reumatoide. Su colaboración con el equipo de atención médica y su compromiso con la educación y el apoyo integral hacen que su rol sea invaluable en la atención geriátrica. Es crucial recordar que cada paciente es único y requiere un enfoque personalizado y centrado en el individuo para garantizar un cuidado óptimo y mejorar su bienestar general.

6 Bibliografía

1. Fundación Arthritis. (2022). Tipos de artritis. Recuperado de <https://www.arthritis.org/es/types>
- Clínica Mayo. (2021). Artritis. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/enfermedades-condiciones/artritis/sintomas-causas/syc-20350772>
2. Impacto de la Artritis Reumatoide (AR) [Internet] [citado 27 sep.22]. https://abbviecare.es/hablemosdear/impacto-de-la-artritis/?gclid=CjwKCAjwvsqZBHAI_EiwAqA-HEIX94gEEfyvPOZPivSoHGPb64SsOBN1gnK135FIL4hojapl3GqS1BoTjEQAvD_BwE
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 428

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ANCIANO DEPRESIVO

VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

FERNANDO REDONDO MORENO

CARMEN RUS MENESES GARVI

JAVIER TALAVERA GARCIA

1 Introducción

En el panorama de la atención geriátrica, la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el abordaje de la depresión en ancianos emerge como un elemento crucial para garantizar una atención integral y de calidad. La depresión en la población de edad avanzada es un fenómeno clínico y psicosocial complejo que va más allá de los confines de la salud mental, afectando también la esfera física y cognitiva de los individuos. En este contexto, el rol de los TCAE cobra una relevancia fundamental al colaborar en la identificación temprana, el seguimiento atento y el apoyo emocional de los ancianos que atraviesan este desafío.

La depresión en los ancianos a menudo puede ser pasada por alto o malinterpretada debido a la creencia errónea de que el deterioro emocional es una parte inherente del envejecimiento. Sin embargo, los TCAE, al interactuar directamente con los pacientes en su día a día, tienen una posición privilegiada para detectar señales sutiles de depresión. Cambios en el apetito, la actividad, el sueño y la expresión emocional pueden ser indicativos de esta condición, y aquí es donde la sensibilidad y la empatía de los TCAE entran en juego.

La interacción constante de los TCAE con los pacientes les permite forjar relaciones cercanas y de confianza. Este vínculo puede servir como base para brindar el apoyo emocional tan necesario a los ancianos que lidian con la depresión. Un simple gesto amable, una conversación paciente o la disposición para escuchar pueden marcar una gran diferencia en el estado emocional de un paciente. Además, los TCAE pueden ayudar a promover la participación en actividades sociales y recreativas, lo que a su vez contribuye a contrarrestar el aislamiento, una característica común de la depresión en personas mayores.

La colaboración entre los TCAE y el equipo multidisciplinario de atención médica es esencial para el manejo integral de la depresión en ancianos. Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con enfermeras, médicos, psicólogos y otros profesionales de la salud para asegurarse de que el plan de cuidados sea coherente y eficaz. Ayudan en la administración de medicamentos según lo prescrito, vigilan los cambios en el estado de ánimo y el comportamiento, y brindan información valiosa al equipo sobre la respuesta del paciente al tratamiento.

2 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión de tipo bibliográfico, buscando 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.

3 Resultados

Los objetivos en la atención a ancianos con depresión tiene los siguientes objetivos:

- Detección Temprana: Uno de los objetivos más importantes es la detección temprana de la depresión en los ancianos. Los TCAE deben estar capacitados para reconocer los signos y síntomas de la depresión, lo que permite una intervención oportuna y un abordaje más efectivo.

- Apoyo Emocional: Brindar apoyo emocional es esencial para los pacientes que luchan contra la depresión. Los TCAE pueden establecer relaciones de confianza con los pacientes, ofrecerles compañía y escuchar sus preocupaciones, lo que puede tener un impacto positivo en su estado emocional.

Pautas para abordar la atención a ancianos con depresión:

1. Observación y comunicación: Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) deben estar atentos a cambios en el comportamiento, el estado de ánimo y la actividad del paciente. La comunicación cercana con el paciente es esencial para detectar signos de depresión, como apatía, tristeza constante o falta de interés en actividades.
2. Fomentar la participación: Los ancianos con depresión pueden aislarse. Los TCAE pueden alentar la participación en actividades sociales y recreativas para promover una sensación de pertenencia y conexión.
3. Apoyo en la higiene y cuidado personal: La depresión puede afectar la motivación para el autocuidado. Los TCAE pueden brindar asistencia en la higiene personal y el arreglo personal para mantener la autoestima del paciente.
4. Estimulación cognitiva: Realizar actividades que estimulen la mente, como rompecabezas, lecturas o conversaciones, puede ayudar a mantener la mente activa y reducir los síntomas depresivos.
5. Promover la alimentación y la hidratación: Los TCAE deben asegurarse de que los pacientes estén recibiendo una dieta equilibrada y suficiente hidratación, ya que la depresión puede afectar el apetito.
6. Colaboración con el equipo de salud: Trabajar en conjunto con enfermeras y médicos para garantizar que el plan de cuidado aborde tanto los aspectos físicos como emocionales de la depresión.
7. Apoyo en la movilidad: La actividad física moderada puede tener efectos positivos en el estado de ánimo. Los TCAE pueden ayudar a los pacientes a mantenerse activos dentro de sus capacidades.
8. Escucha empática: Proporcionar un oído comprensivo y empático puede ser reconfortante para los pacientes deprimidos, permitiéndoles expresar sus preocupaciones y emociones.
9. Vigilancia de medicamentos: Si el paciente está bajo tratamiento farmacológico para la depresión, los TCAE pueden ayudar a asegurarse de que los medicamentos se tomen según lo recetado.
10. Promoción de la autonomía: Permitir que los pacientes realicen tareas dentro de sus capacidades puede ayudar a mantener un sentido de control y autoestima. Recuerda que los TCAE no pueden diagnosticar ni tratar la depresión por sí mismos. Deben trabajar en colaboración con el equipo de atención médica para pro-

porcionar el mejor cuidado posible al paciente.

4 Discusión-Conclusión

La atención a ancianos con depresión por parte de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es un aspecto crucial para asegurar el bienestar integral de los pacientes. A través de la observación constante, la comunicación cercana y el apoyo emocional, los TCAE desempeñan un papel fundamental en la detección temprana de signos depresivos y en la implementación de estrategias que contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Su colaboración con el equipo de salud, la promoción de la participación en actividades sociales y la asistencia en el autocuidado son elementos clave para abordar tanto los aspectos físicos como emocionales de la depresión en la población anciana.

En última instancia, al trabajar en conjunto con profesionales médicos, los TCAE contribuyen a proporcionar un enfoque integral y compasivo que beneficia a aquellos que luchan contra la depresión en esta etapa de la vida.

5 Bibliografía

1. Enfermería Geriátrica: Cuidado de Personas Mayores de Priscila K. Ocampo y Marylou V. Robinson.
2. Cuidados de Enfermería al Anciano con Problemas Psiquiátricos de María Isabel Pérez Cáceres.
3. Enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica de Wanda Mohr.
4. Manual de Cuidados de Enfermería en el Anciano de María Teresa Bajo Prados y otros autores.

Capítulo 429

ADMINISTRACIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ENEMAS POR PARTE DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

FERNANDO REDONDO MORENO

CARMEN RUS MENESES GARVI

JAVIER TALAVERA GARCIA

1 Introducción

La administración de enemas por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es una práctica común en el ámbito hospitalario que implica la introducción de líquidos en el recto y el colon para diversos fines terapéuticos. Los enemas se utilizan para evacuar el intestino, aliviar el estreñimiento, preparar al paciente para ciertos procedimientos médicos, administrar medicamentos localmente o realizar estudios diagnósticos. En este contexto, los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería juegan un papel crucial al llevar a cabo esta tarea bajo la supervisión y dirección de profesionales de enfermería y médicos.

La administración de diferentes tipos de enemas requiere un conocimiento sólido de las técnicas adecuadas, la selección del tipo de enema apropiado según las necesidades del paciente y la comprensión de los posibles riesgos y complicaciones asociados con el procedimiento. Los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería deben estar capacitados para realizar esta tarea de manera segura, higiénica y respetuosa, manteniendo la privacidad y el confort del paciente en todo momento.

Los enemas pueden ser clasificados en varios tipos, incluyendo enemas evacuantes, enemas de retención, enemas medicamentosos y enemas de limpieza. Cada tipo tiene un propósito específico y una técnica única de administración. Es responsabilidad del técnico auxiliar en cuidados de enfermería, comprender las indicaciones y contraindicaciones de cada tipo de enema, preparar el equipo necesario, posicionar al paciente adecuadamente y administrar el enema siguiendo las pautas establecidas.

Además de la ejecución técnica, es esencial que los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería estén atentos a las respuestas del paciente durante y después del procedimiento. Esto implica observar cualquier signo de incomodidad, dolor o complicación, y comunicar de manera efectiva cualquier cambio en el estado del paciente al equipo de enfermería o médico responsable.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer el modo de administración de enemas por parte del auxiliar de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

La administración de diferentes tipos de enemas por parte del técnico auxiliar en cuidados de enfermería en el ámbito hospitalario es una tarea importante que requiere conocimiento y habilidad para proporcionar cuidados seguros y efectivos a los pacientes. Los enemas se utilizan para diversos fines, como la evacuación de materia fecal, la administración de medicamentos, la realización de estudios diagnósticos y la limpieza intestinal. A continuación, se presentan los pasos generales para administrar diferentes tipos de enemas:

1. Preparación del paciente:

- Explique al paciente el procedimiento y obtenga su consentimiento informado.
- Proporcione privacidad y comodidad al paciente.
- Asegúrese de que el paciente esté en la posición adecuada, generalmente en decúbito lateral izquierdo (posición de Sims) para la mayoría de los enemas.

2. Lavado de manos:

- Lave sus manos de acuerdo con las normas de higiene y desinfección.

3. Recolección de materiales:

- Reúna todos los materiales necesarios, que incluyen el equipo del enema, la solución adecuada, guantes desechables, lubricante, bata y toallas limpias.

4. Verificación del equipo:

- Asegúrese de que el equipo del enema esté en buen estado y que no haya fugas en la bolsa o el tubo.

5. Preparación de la solución:

- Prepare la solución del enema según las indicaciones médicas. Las soluciones comunes incluyen enemas de agua tibia, solución salina o solución de fosfato.

6. Lubricación del extremo del tubo:

- Lubrique suavemente la punta del tubo del enema para facilitar la inserción.

7. Inserción del tubo:

- Inserte cuidadosamente el tubo del enema en el ano del paciente siguiendo las directrices apropiadas y de manera delicada.

8. Administración de la solución:

- Administre la solución del enema a un ritmo constante y controlado. Asegúrese de que el paciente pueda retener la solución durante el tiempo necesario para

que surta efecto.

9. Retirada del tubo:

- Retire el tubo con cuidado una vez que se haya administrado toda la solución.

10. Mantener al paciente en posición:

- Mantenga al paciente en la posición recomendada durante el tiempo necesario para que el enema haga efecto.

11. Eliminación y cuidado posterior:

- Ayude al paciente a eliminar la solución y las heces en un recipiente adecuado. Asegúrese de que el paciente se limpie adecuadamente y brinde la asistencia necesaria.

12. Limpieza y desinfección:

- Lave sus manos nuevamente y limpie y desinfecte todo el equipo utilizado de acuerdo con los procedimientos hospitalarios.

Los enemas representan un conjunto diverso de procedimientos médicos que se emplean con el propósito de abordar una serie de necesidades clínicas específicas. Desde la limpieza y desobstrucción intestinal hasta la administración de medicamentos y la obtención de imágenes radiológicas más claras, estos métodos han demostrado su utilidad en el ámbito de la atención médica.

La clasificación de los enemas en evacuadores, de retención y otros subtipos demuestra su versatilidad y adaptabilidad a distintas situaciones clínicas. Estos procedimientos son de gran importancia en la práctica de la enfermería, ya que los Técnicos Auxiliares de Enfermería desempeñan un papel fundamental en su correcta administración y seguimiento.

No obstante, es crucial que los profesionales de la salud estén conscientes de los riesgos potenciales asociados con los enemas, como lesiones rectales, desequilibrios hidroelectrolíticos y reacciones vagales. Por lo tanto, su implementación debe ser precisa y estar respaldada por prescripciones médicas apropiadas.

Además, es esencial que los Técnicos Auxiliares de Enfermería estén actualizados con las últimas prácticas y protocolos para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes. La comunicación efectiva con los pacientes durante la administración del enema, así como la observación cuidadosa de cualquier signo de incomodidad o reacción adversa, son aspectos críticos de este proceso.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, los enemas son una herramienta valiosa en la práctica médica que aborda una variedad de necesidades clínicas. Su correcta administración por parte de los Técnicos Auxiliares de Enfermería, en colaboración con profesionales de la salud y siguiendo las pautas adecuadas, puede brindar beneficios significativos a los pacientes, siempre y cuando se comprendan y se mitiguen los posibles riesgos involucrados.

6 Bibliografía

1. Romero, V., & Isabel, M. (2009). Técnica de preparación y administración de enema de limpieza (Bachelor's thesis).
2. Rodrigo, L., Teresa, M., & Giménez Maroto, A. M. (2001). Técnicas y procedimientos: Sondaje rectal. Administración de un enema de limpieza. Extracción de fecalomas. *Metas de Enfermería*, 2001, num. 36, p. 10-14.
3. Reino, P., & Lucrecia, N. (2009). Técnica de administración de enema evacuante en el adulto (Bachelor's thesis).

Capítulo 430

EFFECTOS DE LA GIMNASIA ABDOMINAL HIPOPRESIVA DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

FERNANDO REDONDO MORENO

CARMEN RUS MENESES GARVI

JAVIER TALAVERA GARCIA

1 Introducción

En la intersección entre la salud física y el bienestar mental, la gimnasia abdominal hipopresiva se erige como una disciplina de creciente relevancia, especialmente cuando se analiza desde la perspectiva del Traumatismo Craneoencefálico (TCE). En este contexto, la figura del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería adquiere un protagonismo esencial al desplegar su conocimiento y destrezas para asistir en la implementación y supervisión de esta modalidad de

ejercicio en pacientes con antecedentes de TCE. A medida que profundizamos en el análisis de los efectos de la gimnasia abdominal hipopresiva en esta población específica, emergen importantes consideraciones en términos de beneficios físicos, cognitivos y calidad de vida.

El Traumatismo Craneoencefálico, una lesión que afecta directamente el tejido cerebral debido a fuerzas traumáticas externas, puede ocasionar una serie de secuelas tanto a nivel físico como cognitivo. En este contexto, la rehabilitación post-TCE se convierte en un pilar fundamental para la recuperación integral del paciente. La gimnasia abdominal hipopresiva se presenta como una opción atractiva, ya que su enfoque en la mejora de la postura, la tonificación muscular y la regulación de la respiración puede tener un impacto positivo en diversos aspectos de la vida de quienes han experimentado un TCE.

No obstante, es crucial señalar que la aplicación de la gimnasia abdominal hipopresiva en pacientes con TCE debe ser cuidadosamente supervisada y adaptada a las necesidades individuales. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un rol primordial en este proceso al colaborar con el profesional de la salud en la evaluación inicial, el diseño de un plan de ejercicios adecuado y la monitorización constante de los avances y posibles contraindicaciones.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer los beneficios de la gimnasia hipopresiva en pacientes que han experimentado un TCE

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.

4 Resultados

La gimnasia abdominal hipopresiva es un tipo de ejercicio que se centra en la activación de los músculos abdominales y del suelo pélvico mediante técnicas de respiración y posturas específicas. Se ha propuesto que esta forma de ejercicio puede tener varios beneficios, como la mejora de la postura, la reducción de la circunferencia abdominal y la prevención de problemas de suelo pélvico. Sin embargo, la investigación sobre los efectos de la gimnasia abdominal hipopresiva es variada y a menudo presenta resultados mixtos.

Desde la perspectiva de un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, podrías abordar este tema de la siguiente manera:

1. Información al paciente: Si un paciente con un historial de TCE (como Traumatismo Craneoencefálico) está interesado en realizar gimnasia abdominal hipopresiva, podrías proporcionar información básica sobre qué es y cómo funciona este tipo de ejercicio. También es importante destacar que cualquier cambio en la rutina de ejercicios debe discutirse con un profesional de la salud, como un médico o fisioterapeuta, especialmente en casos de condiciones médicas preexistentes.

2. Referencia a un profesional de la salud: Dado que el paciente tiene un historial de TCE, podría ser prudente recomendarle que consulte a su médico antes de realizar cualquier forma de ejercicio intensivo, incluida la gimnasia abdominal hipopresiva. Los profesionales médicos pueden proporcionar orientación específica basada en el historial clínico del paciente.

3. Supervisión adecuada: Si el paciente recibe la aprobación de su médico para realizar ejercicios de gimnasia abdominal hipopresiva, es fundamental que se realicen bajo la supervisión adecuada y, preferiblemente, con la orientación de un profesional del ejercicio, como un fisioterapeuta especializado en suelo pélvico.

4. Evaluación de resultados: Si el paciente decide seguir con la gimnasia abdominal hipopresiva, como Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, podrías ser responsable de monitorear y evaluar cualquier cambio en los síntomas, la comodidad y el bienestar del paciente. Esto podría involucrar preguntas regulares sobre cualquier mejora o posible malestar.

5. Educación continua: Mantente informado sobre las últimas investigaciones y directrices en relación con el ejercicio y la rehabilitación después de un TCE. La educación continua es esencial para brindar el mejor apoyo posible a los pa-

cientes.

Para un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, abordar este tema implica proporcionar información precisa y basada en evidencia a los pacientes interesados en realizar este tipo de ejercicio. La seguridad y el bienestar del paciente deben ser la principal prioridad, lo que significa que se debe recomendar que consulten a un médico antes de comenzar cualquier nueva rutina de ejercicios, especialmente si tienen antecedentes médicos relevantes, como un TCE.

Si un paciente obtiene la aprobación médica para realizar gimnasia abdominal hipopresiva, es esencial que se realice bajo supervisión adecuada y con la orientación de profesionales capacitados, como fisioterapeutas especializados en suelo pélvico. La evaluación continua de los resultados y el monitoreo de cualquier cambio en los síntomas o la comodidad del paciente son cruciales para garantizar que el ejercicio sea beneficioso y seguro.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la gimnasia abdominal hipopresiva puede ser una opción válida para algunas personas en busca de mejorar su salud abdominal y del suelo pélvico, pero es fundamental que se aborde con precaución y orientación médica. La colaboración entre pacientes, profesionales de la salud y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería es esencial para garantizar que se tomen decisiones informadas y seguras en términos de ejercicio y bienestar.

6 Bibliografía

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

Capítulo 431

RIESGOS MICROBIOLÓGICOS EN EL DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGÍA. CÓMO PREVENIRLOS SIENDO TÉCNICO ESPECIALISTA EN LABORATORIO

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

ESMERALDA ORTIZ RODA

ANA LEÓN AROCO

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

1 Introducción

El laboratorio clínico y biomédico es un servicio en el que, a partir del conocimiento de la fisiopatología del paciente y de los procesos analíticos de muestras biológicas, tiene como objetivo generar información que sirva para diagnosticar, monitorizar, clasificar o tratar al paciente enfermo, para promocionar la salud y para identificar condicionantes de riesgo.

Los técnicos especialistas en laboratorio clínico, por su trabajo, deben manipular sustancias infecciosas, por lo que están expuestos a una mayor cantidad de

patógenos humanos que la población general, por ello, han de seguir una serie de recomendaciones para asegurar su salud. Tratándose del departamento de microbiología aún más.

En este contexto, se llegó a instaurar el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo y la Orden de 25 de marzo de 1998, donde se establece la protección de los trabajadores contra los riesgos para la salud y su seguridad derivada de la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, así como la prevención de dichos riesgos.

En el sector microbiológico, un técnico especialista en laboratorio está expuesto a numerosos riesgos como pueden ser bacterias, virus y hongos, por ello, a lo largo de este tema describiremos las pautas a seguir para reducir al mínimo este tipo de peligro.

2 Objetivos

Exponer las recomendaciones para el técnico de laboratorio en la prevención de los riesgos microbiológicos.

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

- Busque información sobre las características de peligrosidad de los agentes biológicos con los que se va a trabajar.
- Realice las operaciones de modo seguro, siga las instrucciones de forma responsable.
- Los residuos generados en el laboratorio se neutralizarán de manera adecuada antes de su eliminación, o se depositarán en los lugares establecidos para ello.
- Al finalizar el trabajo, recoja todo el material para evitar riesgos.
- Lleve siempre la bata/ pijama en el lugar de trabajo y el pelo recogido.

- Una vez el técnico salga del laboratorio, debe retirarse las prendas que haya utilizado en este para evitar un riesgo biológico.
- Se debe utilizar el material de protección adecuado (EPI) y usarlo correctamente para cada tarea. Se debe disponer normalmente de batas, gafas y guantes. Como equipo complementario se utilizarán delantales, máscaras o pantallas de protección.
- Con productos en estado líquido, cuando se pipeteé no se debe succionar con la boca. Para realizar esta tarea, se debe utilizar como material, una pera, émbolo o bomba, y más siendo el caso del departamento microbiológico donde se trabaja con agentes biológicos reiteradamente.
- Evite llevar anillos y pulseras, utilice ropa y calzado apropiada para el laboratorio.
- La zona de trabajo tiene que ser una zona limpia, es decir, libre de material que no se utilice y que sólo disponga de lo necesario.
- Al trasvasar un producto se debe etiquetar el nuevo envase para la identificación de su contenido y tomar las medidas de precaución necesarias.
- En caso de sufrir accidentes producidos por el contacto con algún microorganismo, hay que seguir las recomendaciones de seguridad indicadas por el personal de riesgos laborales.
- Se recomienda no utilizar lentillas como única protección al trabajar en laboratorios, es preferible usar gafas de protección sobrepuestas a las habituales del trabajador.

5 Discusión-Conclusión

Los agentes biológicos son uno de los puntos que se trata con mayor frecuencia en un laboratorio microbiológico, bien por la salud de los pacientes que residen en el hospital o bien por el personal que trabaja frente a ellos, los técnicos y analistas.

La seguridad en este departamento tiene que verse incrementada notablemente frente al resto del laboratorio por la constante exposición a ellos. Un microorganismo se puede expandir de manera escalonada o con mayor rapidez, por ello, la seguridad en el laboratorio tiene que ser un punto clave para paliar los riesgos.

Esto hace que, tanto por parte de la empresa, en la que se trabaje con agentes biológicos, como por parte del técnico de laboratorio, tenga que existir una protección para el personal en todo momento, acorde con la tarea que se realiza.

6 Bibliografía

Carme M, Solé M, En Farmacia L, Alonso RM, Lda E, En C, et al. NTP 520: Prevención del riesgo biológico en el laboratorio: trabajo con virus [Internet]. Insst.es. [citado el 2 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/327064/ntp_520.pdf/cea2556f-5a51-4ff8-b5c0-6bd25c252afe Guía-preventiva-agentes-biológicos.pdf. [citado el 2 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://Guía-preventiva-agentes-biológicos.pdf>

PREVENCION DE RIESGOS EN LABORATORIOS de Protección Individuales Y Colectivas. 1. Normas Generales D. E. Seguridad E. N. Los Laboratorios Expuestos A. Riesgo Químico Y. Físico 1. 1. Información Y. Formación 1. 2. Medidas de Trabajo. PYM. [Internet]. Wwww.um.es. [citado el 2 de septiembre de 2023]. Disponible en: [https://www.um.es/documents/115466/127147/previncin_de_riesgos_en_laboratorios.pdf/13d5ec81-4836-4426-8193-6b3bd16f41dd#:text=Mantener%20el%20puesto%20de%20trabajo%20siempre%20limpio%20y%20en%20orden.&text=Revisar%20de%20forma%20peri%C3%B3dica%2C%20en,actuaciones%20que%20puedan%20generar%20riesgos.&text=Utilizar%20gafas%20de%20seguridad%20y%20evitar%20el%20uso%20de%20lentillas.&text=Utilizar%2C%20si%20es%20necesario%2C%20equipos,de%20protecci%C3%B3n%20individual%20\(EPI\).](https://www.um.es/documents/115466/127147/previncin_de_riesgos_en_laboratorios.pdf/13d5ec81-4836-4426-8193-6b3bd16f41dd#:text=Mantener%20el%20puesto%20de%20trabajo%20siempre%20limpio%20y%20en%20orden.&text=Revisar%20de%20forma%20peri%C3%B3dica%2C%20en,actuaciones%20que%20puedan%20generar%20riesgos.&text=Utilizar%20gafas%20de%20seguridad%20y%20evitar%20el%20uso%20de%20lentillas.&text=Utilizar%2C%20si%20es%20necesario%2C%20equipos,de%20protecci%C3%B3n%20individual%20(EPI).)

Capítulo 432

CÓMO DEBE ANALIZAR EL TÉCNICO DE LABORATORIO EL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

ESMERALDA ORTIZ RODA

ANA LEÓN AROCO

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

1 Introducción

El laboratorio recibe diferentes tipos de muestras que son procesadas por los técnicos, aunque no todas estas utilizan las mismas técnicas para observar sus características. El conocimiento de la fisiopatología humana y de los métodos de análisis de muestras biológicas de origen humano, tiene como misión generar información que sirva para diagnosticar, clasificar, monitorizar o tratar al paciente enfermo.

El líquido cefalorraquídeo (LCR) es un líquido claro, incoloro, parecido al plasma que baña al sistema nervioso central (SNC). El LCR circula a través de un sistema de cavidades que se encuentra dentro del encéfalo y la médula espinal; los ventrículos, el espacio subaracnoideo del encéfalo y el conducto central de la médula espinal.

La principal función del líquido cefalorraquídeo es amortiguar al encéfalo y la médula espinal cuando son golpeadas por alguna fuerza mecánica, proporcionar protección inmunológica básica al SNC, remover sustancias metabólicas de desecho, así como transportar neuromoduladores y neurotransmisores. El LCR también es útil para diagnósticos clínicos, y sus muestras son obtenidas del espacio subaracnoideo por medio de una punción lumbar.

El técnico de laboratorio tiene que distinguir a través de distintas características si se trata de un líquido patológico o normal. Algunas de las propiedades que se deben de tener en cuenta son turbidez, color, volumen, viscosidad o coágulos. Estos puntos se tratarán a lo largo del capítulo.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico de laboratorio en el análisis del líquido cefalorraquídeo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en publicaciones de internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que aparecían textos, en los que nos indican las medidas que se deben llevar a cabo para realizar las técnicas adecuadas para procesar el LCR.

4 Resultados

Para observar los resultados del líquido cefalorraquídeo se realiza un examen macroscópico y microscópico, además de un examen bioquímico, cuyos resultados son muy diversos. A continuación se muestran diferentes valores:

El examen macroscópico consta de:

El LCR normal es claro y sin color.

En presencia de alteraciones, el líquido puede adquirir diferentes aspectos:

TURBIDEZ:

☒ Presencia de gérmenes: $> 10^5$ UFC

☒ Pleocitosis: más de 200 leucocitos / μL

☒ Existencia de hematías: más de 400 / μL

☒ Nivel elevado de proteínas

COÁGULOS POR FIBRINÓGENO: punción traumática o meningitis purulenta.

VISCOSIDAD AUMENTADA: meningitis criptococcica o metástasis meníngea.
EXISTENCIA DE GLÓBULOS DE GRASA DE DIVERSOS TAMAÑOS EN EL LCR: embolismo graso en el cerebro.
COLOR:
Rojizo: hematíes.
Verdoso: liberación de mieloperoxidasa
Amarillo: liberación de bilirrubina
El examen microscópico consta de:
Valores normales: células escasas, de tipo monocítico. Lisis de 40% en 2 horas a temperatura ambiente.
Neonatos: hasta 20-30 células.
Niños y adultos: Hasta 5-10 células.
Alteraciones:
PLEOCITOSIS POR NEUTRÓFILOS: sugiere diagnóstico de meningitis bacteriana.
PLEOCITOSIS POR LINFOCITOS: se asocia a meningitis vírica, neurosífilis, meningitis por *Listeria* o esclerosis múltiple.
PLEOCITOSIS POR EOSINÓFILOS: procesos inflamatorios sistémicos o asociados a infecciones parasitarias, fúngicas o alergias.
PLEOCITOSIS POR CÉLULAS TUMORALES: indican tumor primario o metástasis, diseminación meníngea Leucemia o linfomas.
En el examen bioquímico los valores son:
Los valores normales normalmente fluctúan de la siguiente manera:
Presión: de 70 a 180 mm H₂O
Apariencia: transparente, sin color
Proteína total en LCR: 15 a 60 mg/100 mL (0.15 to 0.6 g/L)
Gamma globulina: 3% a 12% de la proteína total
Glucosa en LCR: 50 a 80 mg/100 mL o 2.77 to 4.44 mmol/L (o mayor a dos tercios del nivel de azúcar en la sangre)
Cuento de células del LCR: 0 a 5 glóbulos blancos (GB) (todos mononucleares) y ausencia de glóbulos rojos (GR).
Cloruro: 110 a 125 mEq/L.

5 Discusión-Conclusión

Tras la búsqueda en varios portales, podemos concluir que una adecuada obtención del LCR adquiere una especial relevancia, ya que es esencial para el diagnóstico de al menos 10 enfermedades que no se expresan en sangre u orina, y cuyo

diagnóstico se realiza habitualmente por medio de la cuantificación de metabolitos en fluidos biológicos.

Por ello, tanto por parte de la empresa en la que se trabaje como por la parte del técnico de laboratorio, tiene que existir un conocimiento previo del procesado del líquido cefalorraquídeo. Esta formación debe ser concedida por el centro de trabajo donde se realizan estos procedimientos.

6 Bibliografía

1. Vista medial del encéfalo. Serrano C, Dds ML. Sin título, 2023
Serviciopediatria.com. [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2020/02/GT-MENINGITIS-Secuencia-obtenci%C3%B3n-consevaci%C3%B3n-y-procesamiento-LCR-en-edad-pedi%C3%A1trica.pdf>.
2. LCR.pdf. [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://LCR.pdf>
Investigación RS.
3. Procesamiento de líquido biológico, líquido cefalorraquídeo (LCR) [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/procesamiento-de-liquido-biologico-liquido-cefalorraquideo-lcr/>.

Capítulo 433

TRANSPORTE DE MUESTRAS Y REVISIÓN POR PARTE DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN LABORATORIO CLÍNICO

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

ESMERALDA ORTIZ RODA

ANA LEÓN AROCO

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

1 Introducción

El laboratorio clínico es un servicio asistencial en el que, desde el conocimiento de la fisiopatología humana y de los métodos de análisis de muestras biológicas de origen humano, tiene como misión generar información que sirva para diagnosticar, clasificar, monitorizar o tratar al paciente enfermo, para promocionar la salud y para identificar factores o poblaciones de riesgo.

El transporte de muestras es el proceso más importante del recorrido de la muestra, donde el TEL tiene que asegurarse de que la muestra llegue en perfecto estado para procesar. Normalmente es la fase donde ocurren la mayoría de errores. Se

debe tener siempre en cuenta, que cualquier tipo de espécimen representa un riesgo biológico.

El trabajo del técnico es esencial para la recogida de la muestra y del procesado de esta. La llegada de la muestra al laboratorio debe ser siempre con su correspondiente petición, en la que se especifiquen los diferentes análisis.

Las muestras deben permanecer el mínimo tiempo posible en el control de enfermería antes de ser enviadas por tubo neumático o bien transportadas por personal sanitario al laboratorio. La extracción de la sangre y su recepción en el laboratorio debería ser inferior a una hora.

Estos retrasos en la recepción de los resultados, son la causa más importante de prolongación del tiempo de respuesta del Laboratorio de Urgencias, y contribuye notablemente a la demora en los laboratorios programados, pudiendo ser causa de alteraciones en determinadas magnitudes bioquímicas y hematológicas.

2 Objetivos

Dar a conocer el transporte de muestras por parte del TEL.

3 Metodología

Para el transporte de las muestras de diagnóstico, el paquete a transportar tiene que cumplir una serie de requisitos en relación al etiquetado o su señalización. Para el transporte por vía terrestre, tienen que aplicarse los requisitos exigidos por el acuerdo ADR.

De forma general, el sistema de embalaje/envasado que deberá utilizarse para todas las sustancias infecciosas, es el sistema básico de embalaje/envasado triple P650 que comprende las tres capas siguientes:

- Recipiente primario. Un recipiente impermeable y estanco que contiene la muestra. El recipiente se envuelve en material absorbente suficiente para absorber todo el fluido en caso de rotura.
- Embalaje/envase secundario. Un segundo embalaje/envase estanco, impermeable y duradero que encierra y protege el recipiente o recipientes primarios. Se pueden colocar varios recipientes primarios envueltos en un embalaje/envase secundario, pero se deberá usar suficiente material absorbente para absorber todo el fluido en caso de rotura.

- Embalaje/envase exterior. Los embalajes/envases secundarios se colocan en embalajes/envases exteriores de expedición con un material amortiguador adecuado. Los embalajes/envases exteriores protegen el contenido de los elementos exteriores.

Normalmente, cada embalaje/envase preparado para su expedición deberá estar correctamente marcado y etiquetado e ir acompañado de los documentos de envío pertinentes. Para más información consultar las “Directrices para el envío de especímenes a los laboratorios clínicos para el diagnóstico biológico”

4 Resultados

El transporte de muestras en el laboratorio con riesgo biológico tiene que seguir las siguientes indicaciones:

Estricta revisión y confirmación de que el recipiente que contiene la muestra o cultivo (recipiente primario) esté bien cerrado y rotulado, con el nombre del paciente o código asignado.

Cada recipiente primario debe estar envuelto en material absorbente y debe ser posicionado verticalmente en un contenedor (recipiente secundario) resistente, impermeable y con tapa de rosca.

El contenedor secundario estará cerrado y colocado en una caja de transporte (recipiente terciario). Este contenedor debe ser identificado “infeccioso” e indicar el destinatario y el remitente.

Cuando se realiza un envío de varios contenedores secundarios, estos pueden ser empaquetados en un mismo recipiente terciario.

Verificar y controlar la temperatura a la que debe enviar las muestras, para guardar la cadena de frío.

Las muestras para examen de Papanicolaou previamente fijadas, se deben transportar en cajas porta-láminas para evitar que el material contenido en una lámina, se adhiera a la otra, a través del contacto entre las mismas.

Es de suma importancia para la empresa asegurar la integridad de las muestras para obtener un análisis exacto utilizando envases que no permitan la posibilidad de derrame y haciendo uso del triple embalaje.

Para lograr un transporte seguro de las muestras se establece una relación entre los involucrados en el manejo y transporte seguro de materiales peligrosos.

El transporte aéreo de sustancias infecciosas está regido por las regulaciones internacionales publicadas anualmente por la Asociación Internacional de Transporte Aéreo (IATA). Proceder al envío, repasando las instrucciones de bioseguri-

dad con la persona que va a transportarlo, para asegurar el acatamiento de las normas de bioseguridad y la preservación de la calidad de las muestras.

5 Discusión-Conclusión

El transporte de muestras es un proceso dirigido por varias personas hasta la llegada de estas al laboratorio, por ello todo el personal implicado tiene una gran responsabilidad. La conservación y transporte son de vital importancia para el procesado.

Un fallo en el transporte puede desencadenar un análisis incompleto, incluso que no se pueda procesar la muestra. En todo el recorrido se tiene que tener en cuenta que cada muestra a procesar, es un paciente que espera un resultado.

Podemos concluir con que es muy importante realizar los pasos correctos para el transporte adecuado de muestras. Por supuesto, el TEL realizará la actuación también correcta ante el cuidado de este tipo de muestras ligadas a pacientes.

6 Bibliografía

Web JED. Transporte de Muestras Biológicas [Internet]. Lab-courier.com. [citado el 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.lab-courier.com/noticias/transporte-de-muestras-biologicas>

OMS 2005: Reglamentación Modelo relativa al Transporte de Sustancias relativa al Transporte de Sustancias Infecciosas.

ADR (Accord Dangerous Routier) 2007 Acuerdo Europeo sobre Transporte Internacional de Mercancías Peligrosas por Carretera.

Capítulo 434

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN RAYOS EN EL QUIRÓFANO EN EL INTERIOR DEL MEDIO HOSPITALARIO

ANA ROSA PALACIOS ROZALEN

1 Introducción

El quirófano es aquella sala acondicionada que puede encontrarse en sanatorios, hospitales o centros dirigidos a la atención médica y que está dedicado para la realización de intervenciones quirúrgicas en aquellos pacientes que lo requieran por ciertas razones o problemas de salud.

En el interior de esta área quirúrgica, también se pueden desempeñar otras actividades como la administración de anestesia, acciones de reanimación, y otras más actividades previas a la operación quirúrgica.

En el interior o en las inmediaciones de esta área se deben de tener unas exigencias y unas condiciones que debe de cumplir este servicio:

- debe de estar en un espacio cerrado.
- debe de estar instalado en un lugar apartado del resto de instalaciones del servicio hospitalario debido a que es un servicio delicado y debe de estar apartado de todos los agentes contaminantes, pero cerca del laboratorio, sala de emergencias, banco de sangre, etc.
- el paso de personas por esta área debe de ser mínimo, solo se permite la entrada al personal sanitario que vaya a participar en la intervención quirúrgica, pero deben de precisar una autorización.

-la limpieza y desinfección debe de ser estricta y rigurosa porque debe de estar alejado de todo tipo de contaminación que exista porque puede influir de forma negativa en el paciente.

2 Objetivos

Conocer cuáles son las diferentes funciones que puede realizar el técnico en rayos en el quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Para que el equipo de profesionales sanitarios y el resto de miembros del grupo, deben de tener en cuenta una serie de características:

- Se puede cambiar la altura, la inclinación o la orientación de la camilla donde se coloca al paciente para su operación, que debe de estar en el centro de la sala de operaciones.
- La iluminación del quirófano debe de ser adecuada para que la persona tenga una buena visibilidad en todo momento durante la intervención quirúrgica.
- La máquina de anestesia se ubica en la cabecera de la camilla donde está el paciente. Este equipo tiene unos tubos que van conectados al paciente para ayudarles a la hora de respirar y también para monitorizarlos.
- Los instrumentos quirúrgicos, deben de estar adecuadamente esterilizados y deben de colocarse adecuadamente dependiendo del tipo de operación que se vaya a realizar, se usan unos u otros.
- El carro de la anestesia está al lado del equipo de anestesia, donde están las medicinas, equipos...

Dentro de este servicio, hay diferentes áreas:

- Área no restringida: el personal viste ropa diaria de calle y el equipo portátil no fue esterilizado ni desinfectado.

-Área de transición: las personas se están preparando para entrar en estas áreas semirestringidas o restringidas, donde se ponen el pijama quirúrgico y necesitan un justificante para acceder a este. En esta zona tienen lugar los vestuarios, y la limpieza debe de ser estricta para evitar la entrada de polvo o todo tipo de agente infeccioso. No se debe de meter bebidas ni comidas.

-Área semirestringida: solo se puede entrar con el uniforme que se vaya a usar para la intervención quirúrgica, se encuentran también en los pasillos los almacenes con todo tipo de instrumental para las operaciones.

-Área restringida: son las más limpias del área quirúrgica porque es donde se encuentran los quirófanos donde entrará solo el personal que vaya a realizar la intervención quirúrgica.

Algunas de las funciones del técnico en rayos en el quirófano pueden ser las siguientes:

-Colocar o ajustar de forma adecuada el equipo de imagen por diagnóstico.

-Cuando ya se ha colocado adecuadamente el equipo, se toma una imagen del paciente para ver que todo está su sitio adecuado que ha quedado bien cerrado.

-Atender y cuidar a estos durante la estancia en el quirófano.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro sobre el área quirúrgica y las funciones del técnico en rayos, se debe de tener en cuenta que en este servicio está disponible las

24 horas del día durante los 365 días del año, ante cualquier problema de salud que pueda sufrir o padecer cualquier patología que pueda causar signos o síntomas y que se agrave de imprevisto, por lo que deba de acudir al servicio de urgencias para su atención sanitaria de inmediato para solucionar o tratar cualquier enfermedad que se les dé mediante la actuación del gran equipo sanitario que forma la plantilla.

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 2021-12-14]. Disponible en: <<http://scielo.sld.cu/>

Capítulo 435

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN RAYOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

ANA ROSA PALACIOS ROZALEN

1 Introducción

Las urgencias hospitalarias tienen lugar cuando los hospitales comenzaron a ser gestionados por entidades o administraciones públicas. Ahí fue cuando se hizo un intento para clasificar a los pacientes dependiendo del nivel de gravedad y según la enfermedad que tuviesen.

Estas surgieron por primera vez en los campos de batalla como señal de recuperación de los soldados que resultaron estar heridos.

Las urgencias y emergencias se gestionan por entidades públicas, dependiendo o basándose en el sistema sanitario de cada comunidad autónoma. Puede ser a nivel internacional, nacional, regional o local.

Se dice que son intrahospitalarias aquellas que atienden las urgencias y emergencias en el interior de los hospitales y se ocupan de casos de mayor gravedad y las extrahospitalarias son las que tienen relación con los centros de atención primaria que también conocemos como centros de salud o las ambulancias como el soporte vital básico o soporte vital avanzado que se conoce también como UVI móvil.

En el interior de este servicio, está formado por diversos departamentos que cada uno de estos está formado por una plantilla de profesionales de la salud donde

cada departamento se ocupa una especialidad diferente con diversas funciones, cada una dependiendo del servicio que se trate.

2 Objetivos

Conocer cuáles son algunas de las funciones que el técnico en rayos desempeña en este servicio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Una vez que entras en el servicio de urgencias del medio hospitalario, hay una sala de espera donde está acondicionada para los acompañantes, también tiene diferentes secciones o departamentos donde cada uno tiene una especialidad médica diferente. Dentro de cada departamento, está formado por una plantilla de profesionales sanitarios con diferentes categorías como médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, etc. y dependiendo del servicio que se trate, estos profesionales sanitarios realizan unas funciones u otras.

En cada departamento, está formado por una variedad de box donde estarán los pacientes a la espera de ser atendidos por el médico o que vayan obteniendo resultados a diferentes pruebas médicas que se les vaya realizando para obtener un diagnóstico.

Luego también podemos observar el mostrador y la recepcionista que la que recibe todos los datos de los pacientes y los archiva también recogiendo su historia clínica.

El triaje es el lugar donde los profesionales sanitarios le realizan una serie de pruebas a los pacientes como la toma de las constantes vitales como toma de la temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, también se observa las diferentes alergias, antecedentes, toma de medicamentos.

El nivel de triaje puede variar dependiendo del nivel de gravedad que posean a la hora de la entrada por el servicio de urgencias.

- Nivel rojo, el paciente corre riesgo vital, no puede esperar, tiene una gravedad muy alta y puede fallecer.

- Nivel naranja, el paciente corre riesgo vital, no puede esperar.

- Nivel amarillo, el paciente tiene riesgo vital y debe de ser atendido sin mucho tiempo de espera.

- Nivel verde, el paciente no corre riesgo vital, puede esperar.

Algunas de las funciones del técnico en rayos en el servicio de urgencias pueden ser:

- Realizar las radiografías o placas pedidas por los médicos.

- Colocación del paciente para su previa radiografía.

- Comprobar que los equipos funcionen adecuadamente.

- Ordenar los métodos de protección correctos.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro sobre las funciones del técnico en rayos, se debe tener en cuenta que el servicio de rayos del medio hospitalario, sirve para observar cualquier patología o anomalía que pueda surgir en la salud de los pacientes y pueda afectarles de forma negativa en su día a día.

En este servicio, están profesionales de la salud con una formación adecuada para poder desempeñar y trabajar en este sector y ofrecer un mejor diagnóstico, tratamiento y solución a los problemas que puedan surgir a los pacientes en el interior o exterior del entorno o ámbito del servicio hospitalario.

6 Bibliografía

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 2023-02-16]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1024-9435

Capítulo 436

PAPEL DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CURACIÓN DE HERIDAS

ISRAEL CHARNECO BERNAL

MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES

RAJAA FRITAH FRITAH

JENIFER GREGORIO MARTÍN

LAURA RAMÍREZ GARCÍA

1 Introducción

En el complejo entramado de la atención médica, la curación de heridas se alza como un pilar fundamental, y en este proceso, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería despliegan un rol crucial. Estos profesionales, mediante su destreza y cuidado, contribuyen de manera significativa a la recuperación y bienestar de los pacientes.

Enfocados en la curación de heridas, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son detallistas y diligentes, encargados de asistir y colaborar en el tratamiento de heridas de diversa naturaleza. Su competencia se erige como un pilar invaluable en la prevención de infecciones y complicaciones, permitiendo a los pacientes sanar de manera efectiva.

Este contexto demanda un conocimiento profundo y habilidades precisas, convirtiendo la formación en curación de heridas en un activo invaluable para estos técnicos. Desde la selección y disposición de los instrumentos adecuados hasta la aplicación de técnicas especializadas y el estricto seguimiento de protocolos de higiene, estos profesionales se erigen como guardianes del proceso de curación. Este texto introductorio adentrará al lector en las responsabilidades medulares de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el ámbito de la curación de heridas. Se explorará en detalle la importancia de su labor en el espectro médico, enriqueciendo el entendimiento sobre cómo su labor incide directamente en el bienestar de los pacientes y en la dinámica operativa de los equipos de salud. Además, se abordarán las competencias esenciales para llevar a cabo su labor con excelencia, así como los desafíos y recompensas inherentes a esta disciplina en constante evolución.

2 Objetivos

- Informar sobre la relevancia de la curación de heridas en el ámbito de la atención médica.
- Exponer el papel de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en este proceso.
- Proporcionar una visión detallada de las tareas y responsabilidades que los TCAE tienen en relación con la curación de heridas.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha hecho una búsqueda bibliográfica en PubMed y Scielo y en plataformas de internet. Se ha hecho una revisión sistemática de todo lo extraído, se han tomado los datos más importantes y se ha llegado a la redacción de este documento.

4 Resultados

Como asistente de enfermería especializado en curación de heridas, tu papel sería fundamental en el cuidado y tratamiento de pacientes con heridas diversas. Aquí tienes una lista de responsabilidades y habilidades que podrían ser relevantes para este rol:

1. Responsabilidades:

- Evaluación de heridas: Inspeccionar y evaluar la condición de las heridas, determinando su tipo, tamaño, profundidad y nivel de infección.
- Limpieza y desinfección: Realizar limpieza y desinfección adecuada de las heridas para prevenir infecciones y promover una cicatrización saludable.
- Cambio de apósitos: Aplicar y cambiar apósitos según las indicaciones del personal médico, asegurándose de mantener un entorno estéril.
- Administración de medicamentos: Ayudar en la administración de medicamentos tópicos o sistémicos según las indicaciones médicas.
- Control de infecciones: Implementar medidas de control de infecciones para prevenir la propagación de bacterias u otros patógenos.
- Documentación: Mantener registros precisos y detallados de las intervenciones realizadas, la evolución de la herida y cualquier cambio en el estado del paciente.
- Educación al paciente: Proporcionar información y enseñanza a los pacientes y sus familias sobre el cuidado de heridas, seguimiento de instrucciones y signos de complicaciones.
- Colaboración interdisciplinaria: Trabajar en equipo con enfermeros, médicos y otros profesionales de la salud para desarrollar planes de cuidado integrales.
- Monitoreo y observación: Vigilar de cerca la respuesta de la herida a los tratamientos y estar atento a cualquier señal de complicaciones.

La labor de un asistente de enfermería en curación de heridas comienza con la evaluación minuciosa de las heridas. Esto implica identificar y entender la naturaleza de las heridas, ya sean abrasiones menores o úlceras crónicas, para determinar la mejor aproximación en términos de tratamiento y cuidado. La limpieza y desinfección adecuadas de las heridas son fundamentales para prevenir infecciones y promover la cicatrización, y estas tareas también entran dentro de las competencias de un asistente de enfermería en este campo.

El cambio y aplicación de apósitos también forman parte central de las responsabilidades. Los apósitos adecuados, que pueden variar desde aquellos que favorecen la absorción hasta los que estimulan la humedad, deben ser aplicados siguiendo las pautas médicas y en un entorno estéril. Además, la administración de medicamentos, como cremas o ungüentos, puede ser parte de la rutina para fomentar la curación y prevenir infecciones.

El control de infecciones es una consideración crucial en el trabajo de un asistente de enfermería en curación de heridas. La implementación de protocolos de higiene y prevención de infecciones ayuda a salvaguardar tanto al paciente como al personal de atención médica involucrado en su cuidado.

La documentación precisa y detallada es otro elemento vital de este rol. Llevar registros exhaustivos de las intervenciones realizadas, la evolución de las heridas

y cualquier cambio en el estado del paciente es esencial para el seguimiento y la comunicación efectiva con el equipo de atención médica.

La comunicación y educación al paciente son destrezas interpersonales esenciales. Un asistente de enfermería en curación de heridas no solo administra tratamientos físicos, sino que también proporciona información y orientación a los pacientes y sus familias. Esto incluye instrucciones sobre el cuidado de la herida en casa, signos de complicaciones que deben ser observados y cómo tomar medidas preventivas.

2. Habilidades y conocimientos:

- Anatomía y fisiología de la piel y tejidos.
- Tipos de heridas y factores que afectan la cicatrización.
- Técnicas de limpieza y desinfección.
- Conocimiento de apósitos y materiales de curación.
- Prevención y control de infecciones.
- Administración segura de medicamentos.
- Habilidades de comunicación efectiva con pacientes y colegas.
- Observación detallada y registro preciso.
- Empatía y sensibilidad hacia los pacientes.
- Conciencia de los protocolos de seguridad y regulaciones sanitarias.

Recuerda que las responsabilidades y habilidades específicas pueden variar según la institución de salud y el entorno en el que trabajes. Es importante seguir las pautas médicas y trabajar en estrecha colaboración con el equipo de atención médica para brindar el mejor cuidado posible a los pacientes con heridas.

5 Discusión-Conclusión

El papel desempeñado por un asistente de enfermería especializado en curación de heridas es de suma importancia en el ámbito de la atención médica. Esta función abarca una serie de responsabilidades y competencias esenciales para brindar cuidados de alta calidad y promover la pronta recuperación de los pacientes que presentan heridas de diversa naturaleza.

La labor de un asistente de enfermería en curación de heridas no solo implica habilidades técnicas y médicas, sino también un alto grado de empatía y compasión. Los pacientes que sufren heridas pueden estar en estados emocionales vulnerables y la atención empática y cuidadosa puede contribuir en gran medida a su proceso de recuperación.

6 Bibliografía

1. Manual de Cuidados de Heridas: Una Guía de Referencia para la Práctica Clínica. De José Luis Lázaro Martínez y Francisco Javier Yepes Arrondo.
2. Manual de Enfermería en el Cuidado de Heridas. De Néstor Soria García y Jorge Solano Solares.
3. Cuidados de Heridas: Guía para Enfermería. De María del Carmen García Fernández y Ana María Rodríguez Rey.
4. Enfermería en el Cuidado de Heridas. De Ana Belén Gómez Maestro y María José Hernández Torres.

Capítulo 437

TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS DERMATOLÓGICOS

ISRAEL CHARNECO BERNAL

MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES

RAJAA FRITAH FRITAH

JENIFER GREGORIO MARTÍN

LAURA RAMÍREZ GARCÍA

1 Introducción

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería son parte integral de los equipos de atención médica, trabajando en colaboración con médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud para brindar un enfoque completo y holístico a los pacientes. En el contexto de los cuidados dermatológicos, su función se extiende más allá de la atención general, ya que están capacitados para realizar una serie de tareas especializadas que contribuyen significativamente al bienestar de aquellos con problemas cutáneos.

Su labor implica una amplia gama de responsabilidades, que incluyen la asistencia en la evaluación y el diagnóstico de afecciones dermatológicas, la preparación de instrumentos y entornos de trabajo estériles para procedimientos, la administración de tratamientos tópicos y medicamentos prescritos, así como la edu-

cación de los pacientes sobre la importancia de mantener una higiene y cuidado adecuados de la piel.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Cuidados Dermatológicos desempeñan un papel clave en la promoción de la salud de la piel al trabajar en estrecha colaboración con dermatólogos y enfermeros especializados. Su capacidad para aplicar tratamientos tópicos con precisión, realizar vendajes y curaciones, y brindar atención emocional y física a los pacientes que enfrentan problemas de la piel es esencial para una atención integral y efectiva.

Además de su conocimiento técnico, estos profesionales a menudo ejemplifican cualidades como empatía, compasión y comunicación efectiva. Estas habilidades interpersonales les permiten establecer conexiones significativas con los pacientes, lo que puede ser particularmente reconfortante para aquellos que luchan con problemas cutáneos visibles y a menudo angustiantes desde el punto de vista emocional.

En resumen, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería especializados en Cuidados Dermatológicos desempeñan una función fundamental en el ámbito de la salud, proporcionando atención personalizada y profesional a los pacientes que enfrentan diversas afecciones cutáneas. Su conocimiento técnico, habilidades prácticas y enfoque compasivo contribuyen en gran medida a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a fomentar la salud y el bienestar dermatológico en la comunidad en general.

2 Objetivos

El objetivo principal es brindar una comprensión completa y detallada del papel y las responsabilidades de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el ámbito de los cuidados dermatológicos.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos en bases de datos como SCielo o Pubmed, sobre el tema a tratar. Se han extraído los datos que se consideran más importantes, desechando los menos relevantes y se ha llegado a la realización del siguiente documento.

4 Resultados

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en el cuidado de pacientes en diversos entornos de atención médica, incluyendo cuidados dermatológicos. A continuación, te proporciono una descripción general de las responsabilidades y tareas que un TCAE puede llevar a cabo en cuidados dermatológicos:

1. ****Preparación del entorno:**** Los TCAE suelen preparar la sala de tratamiento para procedimientos dermatológicos, asegurando que esté limpia y bien organizada. Esto incluye esterilizar y preparar instrumentos y suministros médicos necesarios.
2. ****Asistencia en procedimientos dermatológicos:**** Los TCAE pueden asistir a los dermatólogos o enfermeros en la realización de procedimientos dermatológicos, como biopsias de piel, extracción de puntos negros o blancos, drenaje de abscesos cutáneos, crioterapia y aplicaciones de vendajes.
3. ****Cuidado de heridas:**** Los TCAE son responsables de cuidar las heridas cutáneas, incluyendo el cambio de apósitos, la limpieza y desinfección de heridas y la evaluación de signos de infección o complicaciones.
4. ****Aplicación de medicamentos tópicos:**** Pueden administrar medicamentos tópicos, como cremas, ungüentos o lociones, según las indicaciones del dermatólogo o enfermero.
5. ****Educación al paciente:**** Los TCAE pueden proporcionar educación al paciente sobre el cuidado de la piel, la prevención de afecciones dermatológicas y el uso adecuado de medicamentos tópicos recetados.
6. ****Registro de datos:**** Llevar un registro preciso de las intervenciones realizadas, los medicamentos administrados y el progreso del paciente en el tratamiento dermatológico.
7. ****Seguimiento del tratamiento:**** Hacer un seguimiento de la respuesta del paciente al tratamiento dermatológico y comunicar cualquier cambio o preocupación al equipo médico.
8. ****Mantener la privacidad y el confort del paciente:**** Garantizar que los pacientes se sientan cómodos y respetados durante los procedimientos dermatológicos y mantener su privacidad en todo momento.

Es importante destacar que las responsabilidades de un TCAE en cuidados dermatológicos pueden variar según la ubicación y el entorno de trabajo, así como las regulaciones y protocolos específicos de cada país o institución de atención médica. Además, es esencial que los TCAE trabajen bajo la supervisión y dirección de profesionales de la salud con licencia, como dermatólogos o enfermeros especializados en dermatología.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión los TCAE desempeñan un papel crucial en la prestación de cuidados dermatológicos a los pacientes. Su labor abarca desde la preparación del entorno y la asistencia en procedimientos dermatológicos hasta el cuidado de heridas, la administración de medicamentos tópicos y la educación al paciente. Su contribución en el campo de la dermatología contribuye al bienestar de los pacientes al garantizar que reciban atención de calidad y se sientan cómodos y respaldados durante su tratamiento. Sin embargo, es importante destacar que los TCAE deben trabajar en estrecha colaboración con profesionales de la salud con licencia y seguir las regulaciones y protocolos específicos de su lugar de trabajo para garantizar la seguridad y eficacia de los cuidados dermatológicos.

6 Bibliografía

1. "Dermatología para Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería" por M. Carmen Álvarez Vázquez.
2. "Manual CTO de Descripción y Técnica de Exploración en Dermatología" por Equipo CTO Editorial.
3. "Enfermería Dermatológica" por José Carlos Moreno Sánchez y M. Ángeles Torres Tabanera.
4. "Dermatología. Atlas Diagnóstico y Tratamiento" por Stewart Lyman, Dirk M. Elston y Patrick J. McMahon.
5. "Dermatología en Medicina General" por Roberto Arenas.
6. "Manual de Dermatología en el Hospital General" por Arturo Pimentel y Torres.

Capítulo 438

IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA

ISRAEL CHARNECO BERNAL

MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES

RAJAA FRITAH FRITAH

JENIFER GREGORIO MARTÍN

LAURA RAMÍREZ GARCÍA

1 Introducción

Adentrarse en el apasionante y trascendental ámbito de la enfermería pediátrica es adentrarse en un mundo donde la atención y el cuidado de los más jóvenes se convierten en una vocación que requiere no solo habilidades técnicas, sino también una dosis extraordinaria de compasión, empatía y dedicación. Como Técnico en Cuidados de Enfermería en Pediatría, se asume la responsabilidad crucial de contribuir al bienestar y la recuperación de los niños y adolescentes, así como de brindar apoyo y orientación a sus familias en momentos de incertidumbre y preocupación.

Este rol vital y único implica mucho más que simplemente administrar medicamentos o realizar procedimientos médicos; exige comprender profundamente las particularidades de la salud infantil, desde los aspectos médicos y físicos hasta

los emocionales y psicológicos. Los Técnicos en Cuidados de Enfermería en Pediatría deben poseer una sólida base de conocimientos sobre el desarrollo infantil, las enfermedades comunes en esta etapa de la vida y las formas sensibles de interactuar con niños de diferentes edades. Desde el cuidado de recién nacidos prematuros hasta el apoyo a adolescentes en su camino hacia la autonomía, cada etapa presenta desafíos y alegrías únicas que requieren una atención personalizada y adaptativa.

El corazón de la enfermería pediátrica late en la habilidad de establecer relaciones profundas con los pequeños pacientes. Ser capaz de comunicarse de manera efectiva con niños que pueden estar asustados, confundidos o ansiosos, y ganarse su confianza, es una destreza invaluable. A través de sonrisas, historias, juegos y una actitud tranquilizadora, los Técnicos en Cuidados de Enfermería en Pediatría pueden marcar una diferencia duradera en la experiencia de salud de un niño.

No obstante, la enfermería pediátrica también presenta desafíos emocionales. Manejar el sufrimiento de los niños, presenciar momentos difíciles y ofrecer apoyo a las familias en momentos de crisis requiere una fortaleza emocional y un apoyo profesional sólido. La capacidad de mantener la calma, incluso en situaciones intensas, y proporcionar un entorno que promueva la seguridad y la curación es esencial para este rol.

2 Objetivos

- Mostrar el papel y funciones del técnico en cuidados de enfermería en pediatría.
- Exponer la importancia vital de este rol en la atención médica pediátrica.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida de las principales bases de datos como PubMed, Medline y Scielo 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 importancia del técnico en cuidados de enfermería en el Servicio de Pediatría es fundamental para garantizar la atención de calidad a los pacientes pediátricos. A continuación, se presentan algunos aspectos clave que resaltan la importancia de estos profesionales en este entorno:

1. Cuidado especializado:

Los niños requieren un enfoque de atención médica especializado debido a las diferencias en su anatomía, fisiología y desarrollo. Los Técnicos en Cuidados de Enfermería están capacitados para brindar cuidados específicos a los pacientes pediátricos, lo que incluye la administración de medicamentos, la toma de signos vitales y la atención a las necesidades emocionales de los niños y sus familias.

2. Vigilancia constante:

Los niños pueden experimentar cambios en su condición de manera rápida y a veces impredecible. Los Técnicos en Cuidados de Enfermería desempeñan un papel crucial en la vigilancia constante de los pacientes pediátricos, identificando signos de deterioro y comunicándolos al personal médico de manera oportuna.

3. Apoyo emocional:

Los niños hospitalizados a menudo experimentan miedo, ansiedad y estrés. Los Técnicos en Cuidados de Enfermería pueden proporcionar apoyo emocional a los niños y sus familias, ayudándoles a sentirse más cómodos y seguros durante su estancia en el hospital.

4. Comunicación efectiva:

Los Técnicos en Cuidados de Enfermería actúan como intermediarios entre los médicos, los pacientes y sus familias. Tienen la responsabilidad de comunicar de manera efectiva la información sobre el plan de atención y las necesidades del paciente, garantizando una comprensión clara y colaboración entre todas las partes involucradas.

5. Prevención de infecciones:

Los niños son particularmente susceptibles a las infecciones. Los Técnicos en Cuidados de Enfermería desempeñan un papel importante en la prevención de infecciones al seguir protocolos estrictos de higiene y control de infecciones, garantizando un entorno seguro para los pacientes pediátricos.

6. Educación a las familias:

Los Técnicos en Cuidados de Enfermería pueden desempeñar un papel activo en la educación de las familias sobre el cuidado de sus hijos en el hogar después del alta hospitalaria. Esto es esencial para asegurarse de que los padres y cuidadores estén preparados para manejar las necesidades de salud de sus hijos de manera

adecuada.

7. Trabajo en equipo:

En el servicio de Pediatría, la colaboración entre el personal de enfermería, médicos, terapeutas y otros profesionales de la salud es esencial. Los Técnicos en Cuidados de Enfermería son parte integral de este equipo y contribuyen a la atención integral de los pacientes pediátricos.

En resumen, los técnicos en cuidados de enfermería desempeñan un papel esencial en el servicio de Pediatría al proporcionar cuidados especializados, apoyo emocional, vigilancia constante y educación a las familias. Su contribución ayuda a garantizar la atención de alta calidad y el bienestar de los niños hospitalizados y sus familias.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se constata que la importancia del técnico en cuidados de enfermería en el servicio de Pediatría es innegable. Estos profesionales desempeñan un papel esencial en la atención integral de los pacientes pediátricos al proporcionar cuidados especializados, apoyo emocional, vigilancia constante y educación a las familias. Su trabajo contribuye significativamente a garantizar la calidad de la atención y el bienestar de los niños hospitalizados, al tiempo que facilita la comunicación efectiva en el equipo de atención médica.

Los técnicos en cuidados de enfermería en el Servicio de Pediatría son un pilar fundamental en la promoción de la salud y la recuperación de los pacientes más jóvenes, y su labor merece reconocimiento y aprecio.

6 Bibliografía

1. "Enfermería Pediátrica" de Jane W. Ball, Ruth C. Bindler y Kay J. Cowen.
2. "Cuidados de Enfermería en la Infancia y en la Adolescencia" de Carmen Verdú Soriano, Emilia Sánchez-Izquierdo Riera y María José García Romero.
3. "Enfermería Pediátrica: Cuidados del Niño Hospitalizado" de Antonia Jiménez Trujillo y Francisca de la Cuadra Cabezas.
4. "Manual de Enfermería Pediátrica" de Wong, David Wilson, Marilyn J. Hockenberry y David P. Wilson.

Capítulo 439

EL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y EL PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE CORTES EN PARAFINA

TAMARA SÁNCHEZ DE LA LLAVE

1 Introducción

Uno de los principales objetivos del servicio de laboratorio de anatomía patológica es el propio estudio integral de los fragmentos o trozos de órganos y de los tejidos obtenidos a partir de los estudios quirúrgicos o también endoscópicos, con el propósito de poder establecer un buen diagnóstico que permita proceder a los clínicos el aplicar un correcto tratamiento para cada usuario o paciente.

Dentro de sus deberes como buen profesional, el Técnico de Anatomía Patológica se encuentra el ejercer su labor aplicando unos buenos principios éticos en todos los procesos de su trabajo (tinción, la confección de los bloques, corte, etc.).

Tanto el corte de los bloques de parafina como también la confección de los bloques de parafina son unos pasos esenciales, los cuales precisan de un cuidado especial, pues si se realiza un bloque mal confeccionado se hace muy difícil la microtomía que es a su vez una de las labores que realiza el Técnico de Anatomía Patológica con mayor trascendencia.

Se va a proceder a hablar del procedimiento que tiene que realizar el Técnico en Anatomía Patológica en el corte y en la confección de las muestras que están incluidas en una parafina de calidad.

2 Objetivos

- Comprender el concepto sobre la microtomía.
- Aprender los aspectos a tener en cuenta a la hora de confeccionar el bloque de parafina.
- Conocer que son los microtomos.
- Aprender que tipos de microtomos existen actualmente y para qué tipos de muestras se utilizan.
- Comprender el procedimiento que realiza el Técnico de Anatomía Patológica para el corte de los bloques de parafina.

3 Metodología

Para la correcta realización de este capítulo de libro se ha realizado una metódica investigación consistente en una determinada revisión bibliográfica sistemática sobre el procedimiento para la realización de cortes en parafina (lo que se conoce como microtomía de parafina) que realiza el Técnico en Anatomía Patológica. Para la realización de esta revisión bibliográfica se ha buscado minuciosamente en las bases de datos actuales científicas (Pubmed, Scopus, Dialnet, Cinhal) y artículos científicos de revistas científicas (Scielo, Elsevier, Revista de anatomía patológica, CiberRevista, Gerokomos, Tesela, RqR, Ocronos).

4 Resultados

El método de la microtomía es un procedimiento en el cual son seccionadas las observadas muestras y los cortes que se obtienen son adheridos a una buena superficie para su observación, tras su tinción, en un adecuado microscopio.

En cuanto a los microtomos que se utilizan en la microtomía, son los instrumentos que tienen una cuchilla de acero superafilada y permiten obtener cortes de un grosor muy determinado, transparentes y superdelgados.

Existen varios tipos de microtomos que se utilizan según el tipo de inclusión que se realice: microtomo de rotación o tipo Minot, microtomo de deslizamiento, microtomo de oscilación, ultramicrotomo, microtomo de congelación y criostatos.

En cuanto al microtomo de parafina se refiere, este consta de un buen soporte móvil y también orientable para el determinado bloque de parafina, un sistema mecánico con rotación para que avance automáticamente el bloque y un buen

soporte fijo. Existen dos tipos de los microtomos de parafina: el microtomo de deslizamiento (se usa mucho menos) y microtomo de rotación (se usa muchísimo más). Para realizar unos buenos cortes es primordial una buena cuchilla de acero inoxidable, bien pulida, pequeña y delgada, sin ninguna estría ni muesca y que sea desechable.

A la hora de confeccionar el propio bloque de parafina se tiene que tener en cuenta una serie determinados aspectos: comprobar las biopsias que necesitan una orientación determinada, llenar correctamente el molde de parafina, elegir de forma correcta el tamaño y también la forma del tejido y que el uso de pesas ayuda a que los fragmentos del tejido extraído queden sobre el mismo plano.

En cuanto al procedimiento que realiza el Técnico en Anatomía patológica a la hora de realizar el corte es el siguiente: Primero se desbastan los bloques a unas 20 micras (en el caso de muestras grandes). Después se endurecen los bloques en una adecuada placa fría. A continuación, se cortan los bloques entre unas 2 a unas 4 micras. Luego, se pone el corte en un baño histológico a unos 45 grados centígrados. A continuación, se identifica el bloque de parafina con el lector de los códigos en el ordenador. Después, se imprime la etiqueta que identifica a la muestra y se pega en el portaobjetos. Luego se verifica que la pegatina que identifica el bloque de parafina es el correcto. A continuación, se captura bien el corte del baño histológico con el portaobjetos bien identificado. Después, se limpia bien el baño de restos del bloque de parafina. Por último, se pone el portaobjetos en el rack específico.

El Técnico de Anatomía Patológica a la hora de realizar los cortes de los bloques de parafina puede cometer una serie de errores, como por ejemplo: la cuchilla puede dañar el bloque si se incrusta y entregar biopsias sin profundizar correctamente en la lesión. Para solucionar estos errores, el Técnico de Anatomía Patológica deberá cambiar de cuchilla si ve que el filo está dañado o corta mal y hacer así un nuevo corte o intentar recuperar varios cortes del portaobjetos y comunicar la incidencia determinada al responsable de la biopsia.

5 Discusión-Conclusión

Para poder concluir este capítulo decir que la microtomía necesita un cuidado especial, ya que el tejido que es importantísimo para el diagnóstico se puede perder con muchísima facilidad o la superficie del bloque de parafina se puede dañarse también fácilmente. A la hora de realizar el corte, el microtomo se debe

tener unas buenas condiciones (ángulo adecuado, limpio, piezas bien ajustadas, etc.). Un error en el corte del bloque de parafina puede suponer unas gravísimas consecuencias para el paciente.

La experiencia a la hora de confeccionar el corte en el bloque de parafina será esencial a la hora de poder seleccionar las micras que son para el corte y desbastado.

El Técnico de Anatomía Patológica debe siempre recordar la importancia de su trabajo, ya que trabaja con las muestras de los pacientes y que de su buen trabajo depende tanto del diagnóstico como del tratamiento del paciente. Además, el personal técnico debe recordar que su trabajo es junto al equipo para poder solucionar los errores que se produzcan.

6 Bibliografía

1. Martínez López, A., & Álvarez González, M. B. (2021). RECOMENDACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE CORTES EN PARAFINA. *Ocronos*, 4(9), 145. <https://revistamedica.com/realizacion-cortes-parafina/>
2. Álvarez González, M. B., & Martínez López, A. (2020). PROCEDIMIENTO DE CORTES EN PARAFINA PARA ACREDITACIÓN UNE-EN ISO 15189. *Ocronos*, 3(3), 231. <https://revistamedica.com/procedimiento-cortes-parafina-acreditacion-iso-15189/>
3. MONTALVO ARENAS, C. E. (2010). TÉCNICA HISTOLÓGICA. UNAM, 1(1), 1-12. https://bct.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2018/08/3_tecnica_histologica.pdf
4. Animal, H. (2022, 26 enero). Cortes histológicos - Paso a paso para tu primer corte con microtomo. [Vídeo]. YouTube. Recuperado 20 de julio de 2023, de <https://www.youtube.com/watch?v=VJT3ov80EpU>
5. Fuerst, P. (2012, 31 mayo). Microtome Sectioning Tutorial [Vídeo]. YouTube. Recuperado 20 de julio de 2023, de <https://www.youtube.com/watch?v=ml4fBEmH8Sg>
6. Medical Lab. Science Education. (2021, 7 marzo). Obtaining sections using Leica RM2235 Microtome [Vídeo]. YouTube. Recuperado 20 de julio de 2023, de <https://www.youtube.com/watch?v=qXNEwmW7NR0>
7. ArtCiências - Ilustrações. (2017, 26 mayo). O BÁSICO SOBRE MICROTOMIA - Prof. Claudio Bernardazzi [Vídeo]. YouTube. Recuperado 20 de julio de 2023, de <https://www.youtube.com/watch?v=CVAUcN8NDto>

8. MOOC Técnicas Básicas de Laboratorio Aplicadas a la Biología. (2016, 12 enero). Obtención cortes [Vídeo]. YouTube. Recuperado 20 de julio de 2023, de <https://www.youtube.com/watch?v=nLZyTwOZZTk>

Capítulo 440

LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO DEL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES

TAMARA SÁNCHEZ DE LA LLAVE

1 Introducción

En términos de prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente, la medicina personalizada ofrece una nueva perspectiva, en función de la estructura genética y el estilo de vida de cada persona. En esta situación se emplean biomarcadores, los cuales, permiten reconocer y categorizar a los pacientes en función de sus características únicas y exclusivas.

Numerosas neoplasias tienen firmas genéticas que se han descubierto en los últimos años, permitiendo al patólogo incorporar datos histológicos a través de diversos métodos de estudio técnico y molecular, para tratar estas enfermedades de una manera más segura y eficiente.

La publicación de la secuencia del genoma y los numerosos avances tecnológicos recientes de los últimos años, nos han permitido concretar el tratamiento médico, con el objetivo de personalizar la atención médica, teniendo en cuenta las necesidades de cada individuo a la hora de tomar decisiones terapéuticas.

La especialidad médica de Anatomía Patológica, no ha sido inmune a este nuevo enfoque terapéutico, y agradecemos la investigación molecular, incorporada en el avance de nuevos estudios para el diagnóstico precoz y tratamiento de ciertas enfermedades.

Todas las facetas de la atención médica han cambiado como resultado de la medicina de precisión, como pasa en Anatomía Patológica, donde aparece el patólogo y los técnicos sanitarios, como unas figuras importantes fusionando información e histología, particularmente en el estudio de tumores, métodos moleculares, citológicos y genéticos.

Pues bien, en el presente capítulo libro se va a proceder a hablar sobre la importancia que tiene el Técnico de Anatomía Patológica y Citología y la Anatomía Patológica en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

2 Objetivos

- Aprender cuáles son las funciones que tienen los técnicos en anatomía patológica y citología en el tratamiento y diagnóstico de los pacientes oncológicos.
- Comprender cuáles son las áreas clave para el control de los pacientes.
- Comprender cuáles son los aspectos a tenerse en cuenta a la hora de analizar una muestra en anatomía patológica.

3 Metodología

Para la correcta realización de este capítulo de libro se ha realizado una metódica investigación consistente en una determinada revisión bibliográfica sistemática sobre la importancia del trabajo del Técnico de Anatomía Patológica y el servicio de Anatomía Patológica en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Esta investigación ha sido el resultado de la búsqueda a través de la información proporcionada en varias revistas científicas actuales, como por ejemplo (Cinhal, Scopus, Pubmed, Dialnet) y artículos científicos de revistas científicas (SciELO, Elsevier, Gerokomos, Tesela, RQR, Ocronos).

4 Resultados

Una piedra angular de la medicina es la anatomía patológica; diversas especialidades médicas se basan en los resultados de estas pruebas para hacer un diag-

nóstico, por este motivo, todos los centros de atención hospitalaria cuentan con un laboratorio que realiza estos análisis.

Interpretar los síntomas de un paciente que pueden ser provocados por una enfermedad o trastorno es la causa principal de la Anatomía Patológica, evaluándose el daño o lesión a un tejido o directamente a los órganos.

Estudios de este tipo se realizan a nivel citológico y tisular; la macroscopía, la microscopía óptica y electrónica, junto con las técnicas anteriormente mencionadas, son algunas de las técnicas de investigación más utilizadas.

Estas pruebas pueden identificar cáncer, inflamación, infección, enfermedades renales y hepáticas, cardiovasculares y neurológicas e incluso anemia, entre otras afecciones. Además, permite determinar si la enfermedad ha avanzado.

Para que los equipos de salud funcionen se requiere un abordaje multidisciplinario, donde trabajaban tanto oncólogos en medicina como cirujanos y radiólogos.

Los patólogos ayudados por el trabajo realizado por los técnicos en anatomía patológica y citología, describen la información que dan las diferentes pruebas diagnósticas, lo cual, es esencial para el manejo efectivo de los pacientes, abordando este problema.

Entre las áreas clave que deben ser vigiladas, se encuentran: el tamaño de la muestra de biopsia, la velocidad de la isquemia y técnicas de fijación eficientes, utilizando respuestas estandarizadas para su uso en el análisis de biomarcadores. En la muestra también debe tenerse en cuenta la celularidad, el tamaño adecuado y entre otras cosas, las partes que interfieren.

Será crucial que la patología juegue su papel para asegurar que los pacientes obtienen informes precisos, pretendiendo elevar de manera eficiente y simultánea la calidad de vida de los pacientes y puedan recibir un tratamiento efectivo, para ello, se necesita un diagnóstico de precisión en la enfermedad de la que se trate, por lo que los técnicos en anatomía patológica y citología debemos ser sumamente cuidadosos a la hora de procesar la muestra.

La medicina personalizada, se abrió paso en el mundo de la ciencia demostrando su singular expansión, desde entonces se utiliza como una estrategia novedosa, en los métodos utilizados para tratar a los pacientes.

Debido a que existe una propagación internacional del cáncer, el cual, es la principal causa de muerte de una persona, con la medicina personalizada, las personas que tienen cáncer, recibirán atención médica utilizando una herramienta crucial, el uso de la medicación adecuada para cada enfermedad, basado en la evidencia genética específica. Por lo que un futuro no muy lejano parece estar acercándose, en la aplicación de fármacos que son activos en la curación.

No obstante, se presta menos atención a las características moleculares de cada tumor que a los efectos secundarios no deseados, que harán que la enfermedad sea más manejable o no.

Los tumores presentan una variedad de desafíos cuando se usan medicamentos a precisión, ya que tanto la resistencia tumoral como la heterogeneidad son fuertes, por lo tanto, los tumores reciben atención especializada y los pacientes deberían como resultado ser constantemente observados a lo largo de su tratamiento y figura.

Variaciones en estados mutacionales, residuos mínimos y detección de resistencias, son algunos de los problemas médicos a valorar en el tratamiento que recibe el paciente, por lo que se espera que los expertos en patología respaldados por los resultados obtenidos por el trabajo realizado del Técnico en Anatomía Patológica y Citología, desempeñen funciones específicas (imprescindible para el uso e integración que nos dará la medicina precisa en el futuro).

5 Discusión-Conclusión

El campo de la medicina conocido como patología se examina las causas morfológicas de la enfermedad. Dado que la anatomía patológica se basa en un examen minucioso del órgano enfermo, tiene raíces que son tan antiguas como la medicina misma. Se han utilizado numerosos enfoques a lo largo del tiempo, incluido el examen microscópico basado en técnicas histológicas, histoquímicas, microscópicas electrónicas, inmunohistoquímicas y, más recientemente, moleculares con especial relevancia para la patología del cáncer.

Dado que la mayor parte de su actividad ocurre fuera del paciente, a pesar de su importancia, es relativamente poco conocida. Para determinar el pronóstico y el tratamiento del paciente, prácticamente todas las especialidades médicas dependen de la patología y los patólogos para obtener información crucial. El trabajo del patólogo se realiza en los servicios de anatomía patológica (laboratorios) dentro de los sistemas de salud públicos y privados. El resultado final no es un "análisis", sino un informe de Anatomía Patológica que se crea fusionando el conocimiento obtenido del análisis de muestras de tejido o células realizadas en el laboratorio de patología utilizando diversas técnicas con los datos clínicos del paciente. El personal técnico es el encargado de procesar las muestras de biopsia y citología de este servicio médico, para su posterior examen microscópico, interpretación y diagnóstico.

El procedimiento anatomopatológico presenta dos fases claramente diferenciadas:

Proceso técnico: El conjunto de pasos técnicos conocidos como procesamiento de tejidos, permite el uso de muestras de tejido obtenidas a través de diversas técnicas, como la endoscopia y las punciones con agujas o después de una cirugía, para ser examinado bajo un microscopio.

Para evitar el deterioro, los tejidos se deshidratan, se incrustan en una cera especial (parafina) y se fijan en formalina neutra tamponada. Con un micrótomo, el personal especializado (técnicos en anatomía Patológica y Citología) puede cortar las muestras en secciones extremadamente delgadas de 3 a 4 milésimas de milímetro de espesor.

Estas secciones pueden luego ser examinadas bajo un microscopio después de ser teñidas para aumentar el contraste y hacer posible distinguir los diversos tejidos que componen los tejidos humanos. Se pueden utilizar diferentes enfoques para estudiar el entorno extracelular o varios componentes celulares en estas secciones.

Procedimiento de diagnóstico: Después del procesamiento, ahora es posible el examen microscópico de las muestras de tejido, y el patólogo debe interpretar los resultados teniendo en cuenta la información clínica del paciente. Después del examen inicial, se puede hacer un diagnóstico; sin embargo, en situaciones más complicadas, pueden ser necesarias técnicas adicionales para distinguir entre varios componentes celulares o extracelulares. Estos métodos se basan en gran medida en la investigación molecular, la histoquímica, la inmunohistoquímica y otras técnicas para detectar cambios que ayuden en el tratamiento del paciente. Informe completo: Después de completar todo esto, se genera un informe de diagnóstico final, y se requiere incluir toda la información que pueda ser pertinente para el pronóstico del paciente y el curso del tratamiento.

Durante un mínimo de 10 años, las muestras de tejido y las preparaciones preparadas se archivan y se mantienen a mano para el paciente.

6 Bibliografía

1. Ronderos López, L. (2020). LA ESPECTROMETRÍA DE MASAS EN LA BÚSQUEDA DE NUEVOS BIOMARCADORES TUMORALES. *Ocronos*, 3(5), 660. <https://revistamedica.com/espectrometria-de-masas-biomarcadores-tumorales/>.
2. Macía Heras, M., Palacios Calvo, J., Salgueira Lazo, M., & del Pino, M. D. (2021). Reflexiones sobre la necesidad de Unidades de Referencia de Nefropatología. *Nefrología*, 41(1), 1-90. <https://www.revistanefrologia.com/es-reflexiones-sobre-necesidad-unidades-referencia-articulo-S0211699520300850>.

3. Dentista moderno. (2023, 13 junio). Los Técnicos Superiores Sanitarios, responsables del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. El dentista moderno. Recuperado 3 de agosto de 2023, de <https://www.eldentistamoderno.com/texto-diario/mostrar/4331074/tecnicos-superiores-sanitarios-responsables-diagnostico-tratamiento-enfermedades>.
4. Sociedad Española de Anatomía Patológica. (2021). Libro Blanco de la Anatomía Patológica en España (7.a ed., Vol. 1) [Online]. Esther Roselló Sastre. https://www.seap.es/documents/10157/37371/Libro_Blanco_Anatomia_Patologica_2021.pdf/7c3d76aa-7903-4e66-a304-6e1c748fd3ef.
5. Sociedad Española de Anatomía Patológica. (2009). Patología Molecular Diagnóstica e Investigación en Anatomía Patológica [Online]. En Libro Blanco de la Anatomía Patológica (2.a ed., Vol. 1, pp. 147-159). Enrique de Álava. https://www.seap.es/c/document_library/get_file?uuid=ca7ee03a-a668-4d0c-9adf-98df1bd5e4f0&groupId=10157.
6. Fumero Roldán, L., & Socorro Castro, C. (2020). Los métodos de estudio anatómopatológicos desde una mirada histórica, social y contextualizada. *MediSur*, 18(5), 762-771. <https://www.redalyc.org/journal/1800/180065014005/html/>.
7. Las Heras, F., & Quiroz, T. S. (2022). Medicina de precisión: rol de la anatomía patológica en diagnóstico y tratamiento personalizado. *Elsevier*, 33(1), 36-43. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-medicina-precision-rol-anatomia-patologica-S0716864022000074>.

Capítulo 441

LA BIOPSIA LÍQUIDA Y EL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLOGÍA

TAMARA SÁNCHEZ DE LA LLAVE

1 Introducción

Una serie de procedimientos mínimos invasivos permiten la obtención de la biopsia líquida a través de elementos esenciales como la sangre u otros fluidos corporales, con la finalidad de obtener elementos del tumor, como material genético y células tumorales circulantes, así como proteínas.

A la histopatología tradicional de los tumores en el tratamiento del cáncer, la biopsia líquida, se ha convertido en un complemento del estudio anatomopatológico, siendo especialmente útil como alternativa, cuando se trata de un procedimiento quirúrgico, o cuando sea un procedimiento invasivo, potencialmente peligroso o de imposible acceso al tumor.

Los biomarcadores se pueden investigar utilizando muestras de este tipo, además de ser particularmente efectivo para el seguimiento del paciente, identificando las respuestas al tratamiento y la resistencia a los medicamentos.

La biopsia líquida, también se la llama biopsia en fase fluida o biopsia de fluido.

NOTA: En el año 2016, la FDA aprobó el primer test diagnóstico que utilizaba como muestra inicial la biopsia líquida, en donde a partir de muestras de plasma se pudo detectar mediante PCR mutaciones en el gen EGFR en pacientes con NSCLC, (No Small Cell Lung Cancer =Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas) pudiendo ser tratados con el medicamento Erlotinib.

2 Objetivos

- Aprender cómo se detectan los tumores en etapa temprana.
- Conocer qué tipos de fluidos se pueden usar como muestras.
- Comprender cuáles son las funciones que tiene el Técnico de Anatomía Patológica en el servicio de laboratorio de Anatomía Patológica.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una gran cuidadosa investigación que consiste en una revisión bibliográfica sistemática de biopsias líquidas y el trabajo realizado por tecnólogos de autopsias para llevar a cabo correctamente este capítulo del libro. Para realizar esta revisión bibliográfica, utilizamos las últimas bases de datos científicas (Scopus, Cinhal, Pubmed, Dialnet,) y revistas científicas (SciELO, Gerokomos, Pathological Anatomy Magazine, Tesela, CiberRevista, Elsevier, Ochronos, RqR) para la búsqueda minuciosa de artículos científicos.

4 Resultados

La incidencia de cáncer ha aumentado recientemente, especialmente en personas mayores de 65 años. En muchos casos, el pronóstico de ciertos tumores es malo y se diagnostican en estadios extremadamente avanzados.

El cáncer en etapa temprana se puede encontrar mediante una biopsia líquida, además de ayudar en la planificación del tratamiento, la evaluación de la eficacia y la confirmación de la recurrencia.

Mediante un examen de laboratorio de una muestra de sangre, orina u otro fluido corporal para buscar células cancerosas dentro de un tumor o pequeños fragmentos de ADN, ARN u otras moléculas liberadas en los fluidos corporales por las células tumorales, los equipos médicos pueden determinar los tipos de cambios genéticos o moleculares que ocurren en un tumor recolectando múltiples muestras a lo largo del tiempo.

Además, usando muestras de diferentes fluidos corporales, podemos aislar los componentes celulares del tumor primario y las metástasis, incluidas las células tumorales circulantes (CTC), mediante un procedimiento no extremadamente invasivo conocido como biopsia líquida.

NOTA: Se pueden usar como muestras una variedad de fluidos biológicos, incluidos plasma, orina, saliva, secreciones nasales, leche materna, líquido amniótico,

líquido uterino, líquido cefalorraquídeo, líquido ascítico, lavado bronco-alveolar, heces, lágrimas y semen.

También debemos hacer mención al uso de biomarcadores en las biopsias líquidas ya que representa un avance significativo en el diagnóstico precoz de procesos tumorales, pero sobre todo lo que resalta de esta técnica no invasiva es que permite conocer en tiempo real la evolución del paciente y su enfermedad, personalizando el tratamiento.

En relación con lo anteriormente dicho, es fundamental el trabajo que realiza el técnico de anatomía patológica y citología, puesto que tiene a su cargo la realización de estudios generales y específicos como apoyo al diagnóstico clínico.

5 Discusión-Conclusión

Aunque las biopsias de tejido continúan siendo el estándar de oro para el diagnóstico de tumores en entornos clínicos, la biopsia líquida tiene el potencial de superar algunos de sus inconvenientes ya que es el método menos invasivo y más sensible de análisis del cáncer.

Un buen ejemplo de ello es el estudio realizado en el Hospital Clínic, en el cual se examinaron los perfiles genéticos de más de 300 pacientes con tumores sólidos mediante biopsias de sangre líquida, pues bien, se encontraron alteraciones genómicas en el 90% de los casos por lo que con este tipo de prueba, puede conocerse los resultados en una semana y decidir el mejor curso de acción de inmediato.

También podemos afirmar que uno de los beneficios de una biopsia líquida es la capacidad de obtener resultados rápidamente, en tan solo 9 días, en contraste con el proceso más lento de una biopsia tumoral. Para muchos pacientes, es demasiado largo y, dependiendo de cómo se desarrolle su enfermedad, es posible que deban cambiar de terapia.

6 Bibliografía

1. Romero, A., Provencio, M., & Sánchez-Herrero, E. (2020). Utilidad clínica de la biopsia líquida para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con CPNM y EML4-ALK. *Avances en Medicina de Laboratorio*, 1(1), 1-9. <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/almed-2020-0007/html>.
2. Gil-Olivares, F., Payet Meza, E. T., Aliaga Llerena, K. M., Sarria Bardales, G., Egoavil Guerra, M. J., Motta-Guerrero, R., & Failoc-Rojas, V. E. (2021). Detección de mutaciones del gen EGFR en ADN circulante por medio de biopsia líquida

en pacientes con cáncer pulmonar de células no pequeñas: Revisión rápida. *SciELO*, 38(2), 145-150. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172021000200145.

3. Molina Franco, N., Morales Suárez, P. D., & Rodríguez García, J. A. (2022). Exosomas derivados de biopsia líquida y su potencial aplicación en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer. *Udistrital*, 25(1), Inicial. <https://repository.udistrital.edu.co/handle/11349/29424>.

4. Molina Franco, N., Morales Suárez, P. D., & Rodríguez García, J. A. (2022b). Aislamiento de exosomas a partir de biopsia líquida y su potencial aplicación en la clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*, 26(2), Inicial. <https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/view/733>.

Capítulo 442

EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO Y LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

SERGIO FUENTES MARÍN

SONIA SANCHEZ RUIZ

ROSAIDA ABREU TERRERO

MARTA PERETE DÍAZ

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

1 Introducción

La detección temprana del cáncer es primordial para garantizar la supervivencia del paciente, y para que los tratamientos aplicados consigan resultados exitosos, para lo cual el avance de la tecnología radiológica y la mejora en la calidad de la obtención de imágenes a través de los distintos dispositivos existentes en sistema sanitario, han demostrado ser un pilar fundamental para conseguir detectar todo tipo de tumores, y lesiones sospechosas en cualquier parte del cuerpo del paciente, sobre todo en estadios iniciales. También han permitido planificar los tratamientos y sus dosis, para no tener que someter a los enfermos a sesiones innecesarias, sino las justas para conseguir acorralar al cáncer.

El diagnóstico por imágenes se trata de un procedimiento no invasivo que permite visualizar el interior del cuerpo humano, estudiando la estructura y comportamiento de los órganos y células para detectar anomalías. Técnicas 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, permitiendo medir su tamaño, ver exactamente su localización y la extensión que abarca.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico, o Técnico de rayos, desempeña un papel fundamental en la prevención y diagnóstico precoz de estas enfermedades, el cual deberá saber perfectamente el funcionamiento de las distintas técnicas para conseguir las imágenes más certeras de qué es lo que pasa en el interior del organismo del paciente, para así detectarlo con más precisión y de forma temprana todo tipo de lesiones cancerígenas.

2 Objetivos

Explicar la labor del Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico en cuanto al diagnóstico y a la prevención del cáncer.

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 la función del técnico superior en imagen para diagnóstico en el diagnóstico precoz de lesiones tumorales a través de las distintas pruebas por imágenes. 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

Para detectar lesiones cancerígenas se pueden emplear distintas técnicas:

- Tomografía computarizada (TC): combina imágenes de rayos X para conseguir imágenes lo más específicas posibles de las partes internas del organismo, muy utilizada en la detección temprana de cánceres de páncreas, pulmonares, hepáticos, etc.

- Mamografía: se utiliza para detectar el cáncer de mama en etapas iniciales, sobre todo de las micro-calcificaciones, sobre todo en aquellas mujeres asintomáticas. Se suele pedir su realización junto con la ecografía mamaria para así precisar más y detectar a otro tipo de pacientes.
- Resonancia magnética (RM): utiliza campos magnéticos y ondas de radios para generar imágenes detalladas de órganos y tejidos, muy utilizado para detectar precozmente tumores cerebrales, cáncer de próstata y cáncer de mama en mujeres jóvenes con tejido mamario denso.
- Tomografía por emisión de positrones (PET): obtiene imágenes a nivel molecular para así ver el funcionamiento metabólico del tumor. Esta técnica combinada con la TC fusiona dichas imágenes con las anatómicas, mejorando la precisión diagnóstica y la localización de los tumores.
- Ecografía: es una técnica muy utilizada para detectar tumores de páncreas, hígado, tiroides, y órganos reproductivos, que emplea ondas sonoras para producir imágenes en tiempo real de órganos y tejidos de una forma no invasiva y segura. Estas técnicas tienen una serie de ventajas:
- No son invasivas, es decir, no se requiere procedimiento quirúrgico.
- Pueden detectar células sospechosas antes de que aparezcan los primeros síntomas.
- Permite a los facultativos la organización y planificación de los tratamientos y precisar más a la hora de intervenir quirúrgicamente.
- Sobre todo la TC y RM permitirán evaluar como van los tratamientos aplicados y hacer seguimientos periódicos.

El Técnico de rayos que trabaja con estas técnicas conoce perfectamente las ventajas, su funcionamiento, como posicionar al paciente para conseguir imágenes precisas, como calibrar los parámetros para conseguir la mayor calidad en las imágenes, pero también conocerá sus desventajas, como son: que es tecnología muy costosa y en ocasiones no disponible, hay exposición a radiaciones, y que a veces pueden dar falsos positivos o negativos.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico por imágenes ha supuesto un pilar fundamental para la detección temprana del cáncer, gracias a la obtención de imágenes a través de distintas técnicas, específicas cada una de ellas, que permiten observar lesiones cancerosas y ver su comportamiento y evolución, lo cual será esencial para que los médicos especialistas puedan ofrecer un tratamiento para frenar su crecimiento y proliferación, o en otros casos servirá de ayuda a la hora trabajar con más precisión si

hubiera que intervenir quirúrgicamente. Estas técnicas radiológicas son la mamografía, ecografía, la TC, la RM y la PET/TC.

El técnico en imagen para el diagnóstico desempeña un papel central en la prevención y diagnóstico temprano de enfermedades oncológicas, para ello es necesario que actualice su formación de manera continuada, ya que siempre habrá innovaciones tecnológicas y estudios que permitan evolucionar en la forma de trabajar y conseguir imágenes más específicas, colaborando en la prevención de las lesiones cancerígenas.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo: Tecnico de rayos, Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico, enfermedades oncológicas, tumores, radiología,
2. <https://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/estudios-por-imagenes-y-el-cancer>. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/deteccion>
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 443

EL TÉCNICO DE RAYOS ANTE EL PACIENTE CON OSTEOPOROSIS Y LA EVALUACIÓN DE FRACTURAS

SERGIO FUENTES MARÍN

SONIA SANCHEZ RUIZ

ROSAIDA ABREU TERRERO

MARTA PERETE DÍAZ

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

1 Introducción

La osteoporosis es una enfermedad que hace que los huesos se debiliten y se vuelvan quebradizos, de manera que si el paciente se cae o realizará un movimiento cotidiano como es toser o agacharse a coger algo del suelo, le podría suponer una fractura, siendo las más comunes las de cadera, muñeca o la columna vertebral. Y es que hay que comprender que el hueso es un tejido duro, pero vivo, que se va descomponiendo, pero a la vez las células lo van creando nuevamente, pero en este caso, la regeneración del hueso va más lenta que la pérdida de masa ósea. La osteoporosis afecta a hombres y mujeres de todas las razas, pero según los estudios realizados se concluye que las mujeres de raza blancas y asiáticas, y con menopausia, tienen más probabilidades de padecerla. Para ello, desde el sistema sanitario se hacen campañas para informar a la población de los riesgos y de las

formas de retrasar su aparición, como puede ser con una dieta completa mediterránea saludable, con suplementos, y ejercicios con pesas para ayudar a prevenir la pérdida ósea o a fortalecer los huesos débiles.

Para diagnosticarla y poder evaluar el riesgo de fractura de un paciente, el médico especialista podrá solicitar que se le haga una densitometría ósea o una absorciometría de rayos X de energía dual, la cual permite observar y mediar la densidad mineral ósea. El Técnico de rayos o el Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico, sabrá manejar esta aparatología para conseguir la mejor imagen que pueda ser evaluada por los médicos especialistas.

2 Objetivos

Exponer la labor del Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico realiza cuando debe realizar exámenes radiológicos a un paciente con osteoporosis.

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 la función del técnico superior en imagen para diagnóstico ante pacientes con osteoporosis a la hora de la realización de pruebas diagnósticas. 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

A la osteoporosis lo ideal es diagnosticarla a tiempo, para así no dar lugar a que el paciente pueda sufrir riesgos de fracturas, y empezar con tratamientos farmacológicos, terapias alternativas y suplementos para que no haya un desgaste tan elevado, y sobre todo cuando esta aparece en edades tempranas. Pero tal y como se encuentra el sistema sanitario, la realidad es que solamente los pacientes que se encuentran en las etapas más críticas y avanzadas, son las que empiezan a ser tratados, y sobre todo aquellos que ya han tenido fracturas osteoporóticas, debido al alto coste de las terapias.

A veces una fractura sucede, pero el paciente es asintomático, es decir, su cuerpo no daba señales de debilidad ósea, o el médico no le da la importancia de que sea

osteoporosis y la comprende como una fractura ocasional. De ahí la importancia del papel que tiene el radiólogo en el estudio de las imágenes ofrecidas por las pruebas de radiodiagnóstico, como pueden ser densitometría ósea o una absorciometría de rayos X de energía dual, ya que pueden ser los que comprendan los hallazgos de una osteoporosis.

En el informe que harán tras el estudio, expondrán su visión ante las imágenes capturadas, con las recomendaciones de tratamientos más adecuados, o evaluar si es adecuada la terapia o tratamiento farmacológico que se está pautando.

La densitometría ósea, permite ver la estructura del hueso y analizar su densidad a nivel mineral, y la ventaja que tiene con respecto a otras técnicas de rayos X, es que se utiliza menos tiempo de exploración y con unos resultados más exactos, por lo cual se facilita que se pueda detectar a tiempo la pérdida de masa ósea en el paciente. El método estándar de densitometría ósea es el examen de absorciometría de rayos X de energía dual.

Antes de la realización de la prueba, habrá casos en los que el médico pautará algún tipo de suplemento de calcio 24 o 48 horas previas a la prueba. El Técnico de rayos explicará el procedimiento al paciente y le pedirá que se quite las joyas o la ropa con elementos metálicos. El procedimiento que usará consiste en la emisión de ráfagas de radiaciones que se insertan en el interior del cuerpo del paciente, de manera que los huesos absorben parte de la misma, mostrando su densidad que permitirá verla en la pantalla a través de imágenes. Será indoloro para el paciente, aunque sí deberá de permanecer inmóvil y aguantar la respiración por unos segundos.

5 Discusión-Conclusión

La osteoporosis es una enfermedad que debilita los huesos progresivamente, ya que la capacidad de regeneración es más lenta que la de destrucción, generalmente acontece en población a partir de 60 años, pero hay estudios que demuestran que puede aparecer antes, incluso en jóvenes. Esta enfermedad provoca que el enfermo pueda tener fracturas con facilidad, por lo que un diagnóstico a tiempo, podrá prevenir secuelas a todos los niveles, físicos, emocionales, psicológicos, etc.

La labor del Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico, será importante a la hora de realizar las pruebas adecuadas como son la densitometría ósea o una absorciometría de rayos X de energía dual, para ello conocerá en profundidad el manejo de estos equipos, y conseguirá aquellas imágenes que permitan evaluar el estado de los huesos de manera correcta, por parte de los médicos especialistas

y radiólogos.

6 Bibliografía

1. Densitometría: qué es, síntomas y tratamiento | Top Doctors.
2. Osteoporosis - Síntomas y causas - Mayo Clinic.
3. Cursos para técnicos radiodiagnóstico acreditados (aulacem.es).

Capítulo 444

EL TÉCNICO DE RAYOS Y SU FUNCION EN LAS EXPLORACIONES ECOGRAFICAS.

SERGIO FUENTES MARÍN

SONIA SANCHEZ RUIZ

ROSAIDA ABREU TERRERO

MARTA PERETE DÍAZ

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

1 Introducción

Las ecografías, también llamadas ultrasonidos o sonografías, son técnicas de la medicina moderna que utilizan ondas de sonido de alta frecuencia para obtener imágenes en tiempo real del interior del organismo, gracias a unos elementos denominados ecógrafos, que son los que liberan y permiten registrar los ecos que reflejan los tejidos del cuerpo cuando chocan las ondas. Se utilizan principalmente para dos fines:

1. En obstetricia y ginecología: para realizar el seguimiento y estudio del embarazo y del feto.
2. Medicina general: para observar las partes externas como las mamas, manos, codos, o las partes internas como la vejiga, el corazón, los vasos sanguíneos, los riñones, etc.

Esta técnica es no invasiva y totalmente segura, ya que no utilizan radiación ionizante como los rayos X, a lo que se le suma que son más económicas que otras medidas para diagnosticar patologías, por lo que se suelen pautar antes que un TAC o Resonancia Magnética. Para el proceso se aplicará un gel conductor en la piel sobre la zona a examinar, donde el Técnico de rayos moverá un transductor sobre la piel con la función de emitir y recibir ondas de sonido, ofreciendo imágenes en tiempo real, que serán tramitadas por el ecógrafo.

La ecografía es muy efectiva, sobre todo para la obtención de imágenes de tejidos blandos y estructuras en movimiento, es una prueba dinámica, además permite diferenciar entre las distintas densidades de los tejidos a observar. El Técnico superior en imagen para diagnóstico es responsable de operar con el equipo de ultrasonido de manera precisa y eficiente.

2 Objetivos

Definir el concepto de ecografía y exponer la labor del Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico a la hora de realizar exploraciones ecográficas.

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 Técnico superior en imagen para diagnóstico en la realización de exploraciones ecográficas. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El técnico de rayos, Técnico superior en imagen para diagnóstico o tecnólogo radiológico o en ultrasonido, tiene muchas denominaciones posibles, desempeña un papel esencial en la realización de una ecografía: lo primero será identificar al paciente por nombre, apellidos y número de historia clínica, informándole de la prueba a realizar, ventajas e inconvenientes, y posicionándolo en la postura adecuada para la imagen que se pretende obtener, para eso podrá pedir ayuda al celador destinado en el área de radiología.

También deberá de preparar los equipos, realizar a primera hora del turno un recalibrado de los mismos, seleccionar el tipo de imagen que se quiere obtener, ajustar los niveles de ultrasonido y su frecuencia, así como del transductor. Deberá tener en cuenta que es importante que la zona a observar esté bien lubricada con un gel conductor, pasando el transductor sobre la piel con movimientos suaves y lentos para obtener las mejores imágenes posibles.

Es importante que haya una buena colaboración con el resto de compañeros profesionales, con los médicos especialistas y con el radiólogo, para así identificar y localizar imágenes del objetivo que se pretende conseguir. Además, deberán de registrar todos los detalles que acontezcan en la prueba, aparte de la información del paciente, también especificaciones técnicas, protocolos llevados a cabo, hallazgos de importancia, etc., realizando informes digitales o en papel para que puedan estudiarse por parte del médico radiólogo. El Técnico de rayos también se encargará de realizar el mantenimiento básico de los equipos, su limpieza y reajustes regulares.

Las ecografías tienen una serie de ventajas: no tienen radiación, utilizan ultrasonidos por lo cual no son perjudiciales para el paciente, no hay que mover al paciente, sino que es el ecógrafo el que se desplaza por las distintas zonas, es más barata si la comparamos con otras pruebas, por su inocuidad permite que se hagan controles repetitivos para el diagnóstico del paciente, hay equipos portátiles para llevar a UCI o incluso a un domicilio, ofrece imágenes en movimiento permitiendo por ejemplo observar como se mueve un cálculo renal, al comprimir la zona se puede observar si existe o no dolor, etc.

Hemos visto la importancia que tienen este tipo de pruebas diagnósticas en el ámbito sanitario, ya que con unos menores costes en comparativa con otras pruebas, permiten observar el interior del organismo sin necesidad de rayos X, solamente con ultrasonidos que son totalmente inocuos para la salud del paciente, siendo una prueba no invasiva, en la que no hay que movilizar al paciente, sino que es el Técnico de rayos el que dirige el ecógrafo, a través de un gel conductor, realizando imágenes de calidad del área objeto de estudio por parte de médicos especialistas y del radiólogo.

El Técnico superior en imagen para diagnóstico, tendrá un papel fundamental en la realización de las ecografías, reajustándolo los parámetros del equipo, realizando la limpieza y mantenimiento básicos de los mismos, informando y colocando al paciente, etc.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto la importancia que tienen este tipo de pruebas diagnósticas en el ámbito sanitario, ya que con unos menores costes en comparativa con otras pruebas, permiten observar el interior del organismo sin necesidad de rayos X, solamente con ultrasonidos que son totalmente inocuos para la salud del paciente, siendo una prueba no invasiva, en la que no hay que movilizar al paciente, sino que es el Técnico de rayos el que dirige el ecógrafo, a través de un gel conductor, realizando imágenes de calidad del área objeto de estudio por parte de médicos especialistas y del radiólogo.

El Técnico superior en imagen para diagnóstico, tendrá un papel fundamental en la realización de las ecografías, reajustándolo los parámetros del equipo, realizando la limpieza y mantenimiento básicos de los mismos, informando y colocando al paciente, etc.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo :Tecnico de rayos, Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico, ecografia, ventajas de las ecografías.
2. Diferencias entre ecografía vs radiografía ☒ Velcan veterinarios
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 445

EL CELADOR EN URGENCIAS

MARÍA JOSÉ DE LA TORRE ARROYO

1 Introducción

El trabajo del celador abarca una amplia gama de áreas dentro de un entorno hospitalario. Las funciones del celador han ido variando a lo largo del tiempo según la demanda de las instituciones sanitarias para obtener una buena salud de los ciudadanos.

El paciente cuando acude a un servicio de urgencias es recibido por el celador quien deberá resolver de forma eficaz y diligente la tramitación de la visita.

En el dinámico entorno de una unidad de urgencias hospitalarias, el celador desempeña un papel crucial que trasciende el mero traslado de pacientes. Como un engranaje esencial en la maquinaria médica, el celador se convierte en el enlace entre la admisión, el cuidado médico y el confort de los pacientes. Su labor no solo implica el transporte eficiente, sino también la garantía de que los pacientes reciban la atención oportuna y respetuosa que necesitan en momentos de crisis.

En esta exploración, indagaremos en las múltiples facetas del rol del celador en urgencias, explorando las diversas tareas que desempeña y cómo su presencia se traduce en una atención de calidad y una operación fluida en este entorno tan delicado. Desde el apoyo a pacientes y familiares hasta la coordinación con el personal médico, el celador desempeña un papel vital en la prestación de atención médica eficaz y humanitaria en situaciones urgentes.

2 Objetivos

- Explicar el papel del Celador en el área de urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La labor del celador en el área de urgencias arroja resultados significativos que influyen directamente en la calidad de la atención médica y en la operación efectiva de este entorno vital del hospital. A través de sus funciones y responsabilidades, el celador contribuye a una serie de resultados beneficiosos:

- Atención Eficiente: El celador asegura que los pacientes sean trasladados con prontitud y seguridad a las áreas correspondientes de atención, permitiendo que los profesionales médicos puedan evaluar y tratar a los pacientes de manera oportuna.
- Flujo Continuo: Al colaborar en la coordinación de pacientes y la movilización de camillas, el celador contribuye a un flujo de trabajo ininterrumpido en urgencias, lo que disminuye las demoras y mejora la eficiencia general.
- Confort del Paciente: El celador brinda apoyo y orientación a los pacientes y sus familias, generando un ambiente de empatía y seguridad en un momento de estrés y ansiedad.
- Cumplimiento de Protocolos: El celador es parte integral de los procedimientos de emergencia, garantizando que los protocolos de seguridad y movilización sean seguidos rigurosamente para el bienestar de los pacientes.
- Colaboración Interdepartamental: El celador colabora estrechamente con el personal médico, de enfermería y otros miembros del equipo de salud, lo que fomenta una comunicación efectiva y un trabajo en equipo sólido.

- Mejora de la Experiencia del Paciente: La presencia amable y atenta del celador contribuye a una experiencia más positiva para los pacientes y sus familias, lo que puede influir en su percepción general del cuidado recibido.
- Seguridad del Paciente: El celador contribuye a la seguridad de los pacientes al garantizar un transporte adecuado y seguro, minimizando el riesgo de caídas o lesiones durante el traslado.
- Eficiencia en la Utilización de Recursos: La colaboración del celador en la movilización de equipos y suministros optimiza el uso de los recursos hospitalarios, evitando demoras y garantizando que los materiales estén disponibles cuando se necesiten.
- Apoyo en Emergencias: En situaciones de emergencia, el celador es un recurso valioso para el equipo médico, aliviando la carga de trabajo y permitiendo una respuesta más rápida y eficaz.
- Promoción del Respeto y la Dignidad: La interacción respetuosa y compasiva del celador con los pacientes y sus familias contribuye a la promoción de la dignidad y el trato humano en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el celador desempeña un papel invaluable en el área de urgencias de un hospital, siendo un elemento esencial que contribuye a la operación efectiva y a la atención de calidad en este entorno crítico. A través de su presencia y sus diversas funciones, el celador no solo facilita el transporte y la movilización de pacientes, sino que también brinda un apoyo humano y empático en momentos de crisis médicas.

La labor del celador en urgencias se traduce en una serie de resultados positivos que impactan directamente en la experiencia del paciente y en el funcionamiento general del área.

6 Bibliografía

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

Capítulo 446

EL CELADOR HOSPITALARIO: LABOR EN EL ANIMALARIO

RAÚL MARTÍN GARCÍA

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS

ENCARNA LOPEZ CABALLERO

MARÍA BERNARDA DOMENECH BUELE

1 Introducción

Para realizar investigaciones científicas para el avance en medicina y cirugía, es necesario realizar exámenes y experimentar con animales, para después, en caso de éxito, hacerlo en humanos.

Estos animales se encuentran en una instalación en algunos hospitales, como por ejemplo, en el Hospital Nacional de Paraplégicos, situado en Toledo, llamado Animalario.

Este Animalario tiene una extensión de 1.400 metros cuadrados, con salas para el mantenimiento de animales como ratas, ratones, cerdos y otro tipo de animales, susceptibles de experimentación para evolucionar en los tratamientos médicos y en las cirugías avanzadas.

Los animales se encuentran en zonas adaptadas para ellos, en las que se intenta que estén lo más tranquilo, limpios y en perfecto orden, como sea posible.

Existe un incinerador y una sala de autopsias, en caso de que el animal fallezca.

Son muy útiles para estudiar cirugías muy complicadas como por ejemplo, la medular.

También se encuentran en ese Animalario, quirófanos experimentales y zonas en las que se estudia el comportamiento de los animales, una vez aplicada la cirugía o al serles aportado algún tipo de medicamento.

En estas instalaciones trabajan médicos, investigadores, veterinarios y celadores. Es muy importante este tipo de instalaciones, para poder evolucionar y experimentar, en bien de los avances en medicina.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende enumerar y explicar las funciones que realiza en Celador en un Animalario, una estancia muy poco conocida, pero importante, situada en algunos hospitales de toda España.

3 Metodología

Para realizar la redacción del siguiente capítulo, se ha realizado una exhaustiva búsqueda en internet, en artículos científicos y en bases de datos, como por ejemplo SCielo, se han recabado datos, anotado los más importantes y desechado los menos relevantes.

4 Resultados

El celador en el animalario, tiene que comprender la importancia de los animales en el ámbito científico, en el lugar donde presta sus servicios.

Tiene que saber donde están ubicadas todas y cada una de las especies con las que trabaja, saber el espacio del que deben disponer y las necesidades que tienen, tanto alimentarias, como orden y limpieza.

En caso de que la procreación entre los animales sea necesaria para la investigación, deberá controlar en todo momento el proceso, el número de crías y cuidarlas adecuadamente, al igual que a los adultos.

En caso contrario, es decir, que no deba existir procreación, deberá mantener a las hembras separadas de los machos.

Debe dar facilidades a los sanitarios y veterinarios, para que el acceso a los animales, sea sencillo y sin obstáculos.

Debe realizar las tareas que le sean encomendadas por parte de los profesionales sanitarios y de los veterinarios que tratan a los animales.

Siguiendo las pautas del veterinario, se encargará de alimentar adecuadamente a los animales, teniendo en cuenta la especie de los mismos, su edad, sus necesidades y características individuales.

En ocasiones, el animal debe permanecer en ayuno o dieta líquida, según el tratamiento o la cirugía con la que se vaya a experimentar, y el celador es el encargado de mantener a los animales en estas condiciones.

Deben limpiar y asear a los animales y las zonas en las que se encuentran, procediendo a la retirada de los excrementos y llevándolos a analizar si le fuera exigido por el personal sanitario. Deben cuidar que los animales estén lo más tranquilos posible.

En caso de fallecimiento de alguno de los animales, retirará el cuerpo, lo preparará para la autopsia si se requiere o para incinerarlo o aplicarle enterramiento.

Si un animal se le va a realizar una prueba, el celador lo preparará, lo trasladará a las dependencias donde se le van a realizar y ayudará a los sanitarios durante la misma, en caso de necesitar sujeción de

Si se da el caso de que un animal, por descuido, escape, el celador se encargará de capturarlo y devolverlo a la jaula o estancia donde debe permanecer.

Debe tener algo muy claro: los animales que allí se encuentran, son un mero elemento para la investigación y, aunque hay que cuidarles y darles una vida digna, segura, y en perfectas condiciones según su especie, edad, etc., el encariñamiento del personal con ellos, puede ser contraproducente a la hora de tratarlo y de realizar las labores para las que ha sido contratado.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el celador de animalario conozca sus funciones, mantenga a los animales en perfectas condiciones, les alimente, les limpie, tanto a ellos como sus estancias y les trate con los cuidados necesarios para que en ellos se puedan realizar de una forma exitosa, las investigaciones que ayuden a la evolución de la medicina y la cirugía.

Es importante no crear lazos estrechos de cariño con los animales, ya que esto puede provocar que el celador no realice bien su trabajo, y hay que dejar claro que la investigación en estos animales, es la antesala de la mejora de tratamientos y técnicas de medicina en seres humanos.

6 Bibliografía

Infomédula, Fundación del Hospital Nacional de Paraplégicos. El HNP incorpora un moderno animalario al servicio de la investigación neurocientífica. <https://revistamedica.com/animalario-funciones-celador/>

El animalario. Funciones del Celador. Incluido en la revista Ocronos. Vol. IV. N° 3, marzo 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; n°3: 140

Capítulo 447

CUIDADOS DEL CELADOR A LOS NIÑOS INGRESADOS EN HOSPITAL

JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA

ROSA MAZUECOS MUÑOZ

JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ

SONIA MARÍA MUÑOZ

JOSE FCO NOGUERAS GARCIA

1 Introducción

Cuando una enfermedad requiere un ingreso hospitalario supone un gran impacto tanto en la vivencia del propio niño como en la de sus padres o familiares. El ingreso en el niño, puede tener efectos negativos a la hora de que el niño no pueda adaptarse a este nuevo entorno.

El concepto de la población infantil y la infancia viene a estar asociado con el concepto de la visión sobre su historia y cultura en la cual se desenvuelve el niño.

En 1992 se proclamó la Carta de los Derechos del Niño en el Parlamento Europeo y se instauró el puesto del Defensor del Menor. Las dos son un modelo y un marco referencial para su puesta en marcha, tanto en las instituciones como en las comunidades en general. De esta carta en defensa de los derechos del niño observamos y vemos que serán los siguientes, como la prevención y evitación del

ingreso del niño siempre que se pueda, el derecho a que sus padres puedan ver efectuado el acto de estar acompañándole, derecho a recibir información en referencia a su edad, entendible a su desarrollo mental, derecho a negarse a cualquier asistencia o prueba y derecho a su propia identidad.

2 Objetivos

- Conocer las directrices relacionadas con bienestar y confort tanto del niño como de la familia mientras dure el ingreso.
- Indicar las manifestaciones del niño ante el trascurso de la enfermedad y de hospitalización y la función que tendrá la familia en el cuidado.

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 efectuado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Podemos observar según las evidencias nacidas de la asistencia y de la práctica clínica que hay denominadores comunes en cuanto a como va a afrontar y asimilar el ingreso. Los niños enfermos establecerán sus bases en el entretenimiento y en la distracción y esto se verá reflejado en su bienestar y se observará que su estado de ánimo tiende a mejorar.

Vamos a ver dos tipos de entretenimiento:

La distracción interactiva: su tema principal será el juego activo, con todo lo relativo al actividades, ya que la población infantil la ocupación principal de los niños es el jugar, requerible para su propia evolución del desarrollo, por tanto, el proceso de enfermedad no debe crear la interrupción brusca de las actividades del juego, ya que es imprescindible para apoyar al niño a una mejor asimilación y adaptación a su enfermedad y a su estancia en el hospital.

Nos podemos encontrar con la distracción un poco más pasiva, como son la actividad suave en aulas habilitadas hospitalarias con la narración de cuentos, terapia con música, proyecciones o películas.

En la infancia la aparición sin esperar de la enfermedad establece una pérdida de sus juegos o de sus acciones normales con las cuales el niño se entretenía. Que practique la lectura, es una buena directriz a la hora de entretenerse donde los niños se introducen en la historia, la musicoterapia va a proceder a la relajación y conseguirá aliviar la ansiedad y el estrés, beneficiará a las constantes vitales y atenuará la sensación del dolor.

Los padres, tutores o familiares, son las personas que se muestran como cuidadores del niño al estar muchas más horas de permanencia con él, aunque en base de los resultados de investigaciones ejecutadas se destaca al alza, lo importante, que es la figura de materna para el niño, ya que a través de la madre los niños se sienten seguros y muy protegidos en situaciones que escapan a su comprensión.

5 Discusión-Conclusión

Y tal como hemos visto en el presente capítulo, hemos llegado a la conclusión de que el celador no solo se dedica a asistir a los niños enfermos ingresados en los hospitales, sino que también debe según la práctica clínica, tratar la enfermedad de estos niños y sobre todo cuidar las emociones, sentimientos y otros factores de estos jóvenes enfermos, saber entretener a estos mediante técnicas de distracción interactiva, de distracción más pasiva, pero sobre todo hacer que la vida de estos niños sea lo más normal posible dentro de su enfermedad.

El celador junto con el demás personal sanitario, deben de hacer que el niño este seguro y feliz dentro del hospital, pero no solo el niño también los familiares que padecen la enfermedad.

6 Bibliografía

1. <https://www.efesalud.com/ninos-hospitalizados-impacto-humanizacion>
2. Álvarez F, Fortin S, Bibeau G. (2008) la práctica pediátrica en un medio cultural plural: una experiencia en curso. Arch Argent Pediatr 106,236-241.
3. Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000) Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el

género. *Psicothema*, 12, 525-532.

Capítulo 448

EL PACIENTE EN CAMA Y EL PROCEDIMIENTO DE ASEO DEL CELADOR EN ESTE

JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA

ROSA MAZUECOS MUÑOZ

JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ

SONIA MARÍA MUÑOZ

JOSE FCO NOGUERAS GARCIA

1 Introducción

La higiene del enfermo encamado se trata de las medidas necesarias y diarias que necesita el enfermo para su bienestar y salud, física y mental, con la principal finalidad de mantener la piel, las mucosas y el cabello en las mejores condiciones. Es muy importante realizar este trabajo en apoyo de movilización de la Auxiliar de Enfermería con las máximas medidas de profesionalidad y limpieza, salvaguardando la intimidad del enfermo en todo momento, empleando las estrategias y parapetos necesarios para tal función.

Con el aseo personal, el paciente encamado mejora su salud, su estado de ánimo, y evita la aparición de nuevas patologías o que se agraven las ya existentes, para ello el protocolo que ejecutan el Celador hospitalario en apoyo del Auxil-

iar de Enfermería debe ser exigente y riguroso, dedicándole el tiempo necesario disponible, tanto el Celador como el Auxiliar de Enfermería.

La expresión aseo del Paciente encamado, no solo se relaciona con la higiene exterior de la piel, se trata de un procedimiento exhaustivo para lograr una prevención de posibles enfermedades tanto físicas, psicológicas y fisiológicas en el enfermo que se encuentra en cama con posibilidad de poder realizarlo por sus propios medios.

La mayoría de las personas hospitalizadas pueden realizar su aseo personalmente y de manera autónoma, pero dependiendo de su patología o sus limitaciones físicas y o mentales, pueden llegar a necesitar ayuda de los profesionales como el Celador y resto de personal sanitario, que al estar acostado necesiten tener acceso a todas las partes del cuerpo del encamado para su aseo sin causarle daño y salvaguardando su intimidad.

2 Objetivos

Exponer e indicar las funciones y los movimientos de los celadores ante el paciente encamado ingresado en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

El Celador hospitalario en auxilio del auxiliar de Enfermería es profesional encargado de realizar las movilizaciones en el aseo de las personas enfermas con problemas de movilidad. Estas movilizaciones técnicas se ejecutan para evitar secuelas como las úlceras por presión, pero también para el aseo de limpieza ordinario y también el terapéutico, desempeñándolo con la delicadeza necesaria para evitar lesiones al enfermo y a él mismo.

La existencia de infecciones dermatológicas y nosocomiales en los centros hospitalarios, hace que el desempeño del lavado de los enfermos sea realizado por profesionales como el Celador hospitalario, lo primero que ha de realizar en junto al Auxiliar de Enfermería es coordinarse con dicho sanitario.

Primero de todo colocar un biombo para respetar su intimidad frente a otros enfermos y entrada de visitas en ese momento, luego trasladar todos los útiles de aseo a los pies de la cama del enfermo, y antes de proceder a realizar el aseo ponerse los guantes para evitar tocar con las manos heridas o infecciones y evitar así contaminación cruzada.

Primero lavarán la cara, el cuello, ojos, oídos y boca. Después se colocarán a ambos lados de la cama, el Celador retirará la ropa superior del encamado, realizándolo con movimientos rotatorios del cuerpo, primero llevándolo hacia el lado opuesto a él, y sacando un brazo de la casaca, luego girándole hacia sí para sacar el otro brazo, esta maniobra permite que el Auxiliar de Enfermería pueda lavar la espalda y el torso, misión del celador será inmediatamente después secarlo por su lado.

Después lavarán sus partes íntimas, y desecharán la esponja jabonosa empleada y el Celador secará. Finalmente es conveniente dedicarse a los brazos y piernas y espacios interdigitales y posteriormente secar sin emplear fuerza que pueda provocar laceraciones o raspaduras en la piel.

Si necesita lavado de cabello se realizará entre los dos profesionales poniendo la cama en posición horizontal con la parte superior ligeramente inclinada con el objeto de no mojar la ropa de la cama, luego secarán con toalla o secador de pelo, dependiendo de la longitud del cabello y del material del que se disponga.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y resumen de lo visto en el presente capítulos las técnicas de ayuda empleadas por el Celador, encaminadas al aseo y lavado de enfermos encamados y realizadas por el Auxiliar de Enfermería engloban aseo regular, cambios posturales y traslado del paciente.

Hemos visto que el celador ayuda en esta labor al auxiliar de enfermería y además hemos aprendido y hemos hablado de las técnicas y de todo el procedimiento desde el inicio hasta el final para el aseo del paciente encamado, el cual está a merced del celador y del auxiliar de enfermería.

Por lo tanto, la importancia del celador en el aseo de dichos pacientes se antoja muy importante y fundamental.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-historia-evolucion-formacion-funciones/>.
2. Orden del ministerio de trabajo de 5 julio 1971 estatuto de personal no sanitario.
3. Ley general de sanidad 14/1986 de 25 abril, bases de la organización del sistema salud.³⁸⁵
4. Ley orgánica 5/2002 de 19 de junio identifica competencias real decreto 1790/2011 de 16 de diciembre donde se establecen cualificaciones profesionales.

Capítulo 449

LA FARMACIA DE LOS HOSPITALES Y LAS ACTIVIDADES DEL CELADOR

JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA

ROSA MAZUECOS MUÑOZ

JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ

SONIA MARÍA MUÑOZ

JOSE FCO NOGUERAS GARCIA

1 Introducción

La farmacia hospitalaria se define como un servicio de atención médica, la cual está encargada de la preparación, almacenamiento, elección, dispensación de medicamentos y productos sanitarios, la cual una de sus funciones es asesorar a los profesionales de la salud y de los pacientes sobre el uso eficiente, efectivo y seguro.

Es un servicio el cual tiene como objetivo de que cada paciente reciba su medicación, la cual ha sido pautaada por el personal médico, también como la frecuencia de administración, la dosis adecuada y la duración del tratamiento, mientras dure su ingreso en un centro hospitalario. En los centros hospitalarios, casi en la mayoría de ellos, cuenta con el servicio de farmacia, este servicio depende de la Dirección Médica. Este servicio dentro de un hospital, es un servicio centralizado, al cual tienen acceso todas las unidades hospitalarias.

Una de las funciones de una farmacia hospitalaria, es la del manejo de un sistema de preparación, depósito y dispensación de los medicamentos sanitarios, lo cual hace que para los profesionales sanitarios y para los pacientes, lleven un uso adecuado para su efectividad y administración.

Las funciones que desarrolla un celador dentro de una farmacia hospitalaria, son muy importantes, ya que la realización de estas de forma eficaz, ayudan al trabajo del personal sanitario y no sanitario, siempre buscando el beneficio de los pacientes.

2 Objetivos

Los principales de estos objetivos de este trabajo, serán los de conocer las principales funciones que presta un celador dentro del servicio de farmacia en centro hospitalario.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de buscadores de Google y palabras clave.

4 Resultados

Los servicios de farmacia de un hospital son las encargadas del suministro y dispensación de los medicamentos que les sean solicitados en unas condiciones legales y establecidas.

Las principales funciones de un celador dentro del servicio de una farmacia hospitalaria, nos encontramos las siguientes:

- Recepción de los materiales.
- Transporte de los productos desde otras unidades del hospital o de un almacén hasta la farmacia.
- Acondicionamiento del suero y alcohol, así como proceder a su dispensación a las diferentes unidades de un hospital.
- Hacer un recuento periódico de los materiales de los cuales sea responsable, siempre debe tener por objeto, la comprobación de las existencias reales de aque-

llos productos que están almacenados cuando se haga el recuento, al hacer el inventario general, este suele realizarse anualmente para conocer las existencias reales del material que se tiene almacenado.

- Transportes y traslado de aquellos productos desde las distintas unidades de un centro hospitalario hasta la farmacia.
- Transporte de los materiales dentro de la farmacia.
- Colaboración cuando se lleve a cabo los inventarios.
- Distribuirá la medicación y del resto de productos galénicos a las diferentes Unidades del Hospital. Por eso tiene que dejar el carro a cargo del personal de Enfermería para aquellos pacientes que tengan asignados.
- Movilización de los materiales pesados.
- Será el encargado del traslado desde la farmacia hasta las distintas unidades hospitalarias de los carros que contengan la medicación.
- Acondicionar los materiales. Estos materiales que son recibidos por el celador, deben ser entregados al personal sanitario, junto con una copia de los albaranes correspondiente, para que el personal administrativo, hagan la contabilización de la entrada del mismo.
- Clasificación, colocación y ordenación de los materiales en los estantes.

El celador es el encargado de acondicionar determinados productos de forma directa, como son los botes de suero fisiológico, garrafas de alcohol, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones del celador en farmacia incluyen tareas indispensables para el desarrollo de la unidad, desde recepción de las mercancías, almacenaje, distribución, movimiento de grandes cargas en la unidad a incluso la dispensación de ciertos productos como alcohol o suero sin olvidar en estos casos que el celador puede despachar productos que toda solicitud o entrega de productos de farmacia debe ser firmado por el responsable de la unidad que lo recibe.

El celador debe en todo momento conocer el proceso y sobre todo la documentación de entrega y recepción de los medicamentos, así como su correcta cumplimentación y nunca debe entregar medicamentos, aunque le sean requeridos por facultativos, siempre debe remitirlo a un responsable de farmacia.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>
3. <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 450

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU ACTUACION EN EL DEPARTAMENTO DE BOLSA DE TRABAJO EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE

ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

1 Introducción

El sector de la salud, que es fundamental para preservar la salud y el bienestar de la población, necesita profesionales altamente capacitados y dedicados en cada una de sus diversas funciones de desempeño. El auxiliar administrativo asegura la gestión eficaz de los recursos humanos y satisface las necesidades laborales de la industria, lo cual es fundamental para el buen funcionamiento del departamento de empleo en el campo de la salud. Para optimizar su trabajo y elevar el nivel de servicio, es crucial en este contexto comprender el papel, las responsabilidades y las dificultades que estos profesionales enfrentan en el día a día.

El auxiliar administrativo a cargo de la división de bolsa de trabajo en la industria de la salud está a cargo de administrar y organizar los datos relacionados con las

vacantes, los solicitantes y las contrataciones internas. Esto implica supervisar la recepción y el procesamiento de las solicitudes, actualizar las bases de datos, coordinar las entrevistas y los procedimientos de selección, y supervisar a los trabajadores contratados. Además, estos expertos juegan un papel crucial en la construcción de conexiones sólidas con las diversas partes del sector de la salud, lo que facilita la comunicación y la resolución de problemas.

El objetivo de este ensayo es profundizar en los deberes, responsabilidades y dificultades del auxiliar administrativo en la división laboral del campo de la salud. Adicionalmente, se explorarán las oportunidades de crecimiento y desarrollo profesional en un campo en constante cambio, así como las habilidades y competencias necesarias para un desempeño exitoso en este puesto.

2 Objetivos

Dar a conocer y desarrollar algunas de las funciones específicas que se realizan desde el rol del auxiliar administrativo en el departamento de bolsa de trabajo en el ámbito sanitario.

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

Con el fin de garantizar una gestión eficaz de los recursos humanos y el cumplimiento de las necesidades laborales de la industria, el auxiliar administrativo en el campo de la salud juega un papel crucial en el departamento de búsqueda de empleo. La siguiente lista de funciones precisas de estos profesionales:

1. Recepción y procesamiento de solicitudes: El auxiliar administrativo está a cargo de recopilar hojas de vida y solicitudes de empleo de los solicitantes que estén interesados en trabajar para el centro médico. Debe examinar los materiales de apoyo, anotar los detalles y confirmar que los postulantes cumplan con los estándares establecidos para cada puesto.

2. Actualización de bases de datos: El auxiliar administrativo es responsable de asegurarse de que las bases de datos estén actualizadas y accesibles. La gestión de la información es crucial para el departamento de mercado laboral. Esto implica la incorporación de nuevos candidatos, la actualización de la información de contacto, la agrupación de perfiles por áreas de especialización y la erradicación de registros obsoletos.
3. Coordinar los procesos de selección y entrevista de candidatos: El auxiliar administrativo es el encargado de planificar los procesos de selección y entrevista de candidatos. Esto implica hacer citas, configurar las áreas y los recursos necesarios y coordinar con los reclutadores y candidatos.
4. El auxiliar administrativo es responsable de realizar un seguimiento de los empleados recién contratados a medida que se adaptan a la organización. Para ello, se requiere la verificación de los registros laborales, la cooperación con el departamento de recursos humanos y la comunicación con los responsables del lugar de trabajo del empleado.
5. Establecer relaciones fluidas con las diversas áreas de la industria de la salud: El auxiliar administrativo debe mantener una comunicación continua y eficiente con otros departamentos y áreas de la industria de la salud, incluidos hospitales, clínicas, centros de atención primaria y organizaciones gubernamentales relacionadas. Como resultado, se facilita la resolución de problemas, la identificación de necesidades de empleo y la promoción de oportunidades de empleo.
6. Apoyo con la planificación de eventos y actividades de capacitación: el auxiliar administrativo puede ayudar con la planificación de sesiones de capacitación, talleres y otros eventos relacionados con el empleo y el avance profesional en la industria de la salud. La coordinación con los proveedores de servicios, la administración de registros y la promoción de eventos entre los solicitantes y el personal de la institución son parte de esto.

5 Discusión-Conclusión

Se destaca en la conclusión y posterior al desarrollo de este artículo que el auxiliar administrativo en el departamento de empleo en el ámbito de la salud cumple papeles cruciales para garantizar la gestión eficaz de los recursos humanos y la satisfacción de las necesidades laborales del sector. Las habilidades organizativas, la comunicación, la atención al detalle, la empatía y un conocimiento profundo de la industria de la salud y sus matices son necesarios para realizar estas tareas. Para mejorar la calidad de los servicios prestados y adaptarse a las demandas cambiantes de la industria, es fundamental seguir investigando y promoviendo

el desarrollo profesional de estos empleados.

6 Bibliografía

1. García Pérez A, Fernández López M, Rodríguez García J. La gestión de recursos humanos en el ámbito sanitario: desafíos y oportunidades. *Rev Esp Salud Pública*. 2019;93(5):1-9.
2. Sánchez González J, Martínez Navarro L, Gómez Pérez A. El papel del auxiliar administrativo en la mejora de la calidad asistencial. 2018;16(4):287-300.

Capítulo 451

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE

ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

1 Introducción

Comenzaremos la introducción de este capítulo afirmando que la atención primaria ha sido históricamente el primer nivel de atención médico-sanitaria, donde los pacientes acuden para recibir la atención que necesitan de profesionales médicos calificados.

Un sistema de salud fuerte debe incluir la atención primaria como elemento fundamental. Las clínicas de atención primaria ponen un fuerte énfasis en la prevención de enfermedades, el diagnóstico temprano y el tratamiento necesario.

Los auxiliares administrativos cumplen funciones esenciales en la gestión de los centros de salud de atención primaria porque estas funciones contribuyen y apoyan la prestación de una atención de mayor calidad al paciente.

Adicionalmente, debemos señalar que los auxiliares administrativos que desempeñan sus funciones en la atención primaria son los encargados de administrar

los registros de los pacientes, la información médica y la información confidencial. Estos trámites son sumamente delicados porque se está manejando información privada. Esto supondrá mantener y actualizar las historias clínicas, documentando todo lo relacionado con los resultados de los tratamientos y pruebas. Se les exigirá que cumplan siempre con las normas y leyes relativas a la seguridad del paciente y la protección de datos para poder hacer todo esto.

Los auxiliares tienen una variedad de deberes cruciales para garantizar la calidad de la atención al paciente.

2 Objetivos

Los objetivos son desarrollar:

- Las principales funciones del Administrativo en Atención Primaria.
- La transcendencia que tiene la figura del personal Administrativo en Atención Primaria.

3 Metodología

Respecto a la metodología utilizada para redactar el presente capítulo, hemos utilizado una búsqueda sistemática de legislación, normativas y artículos relacionados con el tema. Empleando buscadores científicos e introducciones palabras clave como Atención Primaria, labores del Administrativo y funciones en atención primaria por el auxiliar administrativo.

4 Resultados

Diríamos que la Oficina Administrativa sirve de puente entre el personal médico y los pacientes dado que juega un papel crucial en la atención primaria de los centros sanitarios. El personal médico puede realizar sus funciones con más atención y dedicación gracias a esta conexión. De esta forma se logrará un mejor funcionamiento, lo que redundará en mejores servicios y una atención de mayor calidad a los pacientes.

La siguiente es una lista de las funciones principales que debe realizar un auxiliar administrativo en el campo de la atención primaria:

- Gestión de historias clínicas: La gestión de historias clínicas es una de las principales responsabilidades del administrativo en atención primaria. Los auxiliares son los encargados de mantener actualizados los registros médicos y asegurarse

de que estén siempre accesibles cuando se requieran. También debe asegurarse de que se archiven correctamente y que su información se mantenga privada.

- **Recepción de pacientes:** Los auxiliares son los encargados de atender a los pacientes en la recepción cuando llegan a atención primaria. Como resultado, deben poder comunicarse de manera efectiva en situaciones desafiantes y delicadas.
- **Control y gestión de citas:** En Atención Primaria, será gestionado por los auxiliares. Estarán a cargo de programar citas y asegurarse de que los pacientes sean atendidos a tiempo. También deben asegurarse de que los pacientes notifiquen sus citas con anticipación.
- **Gestión de suministros:** La gestión y control de los suministros médicos y de oficina en atención primaria es una de las responsabilidades administrativas. Esto implica asegurarse de que se encuentra en buen estado y cuenta con todo lo necesario e imprescindible para su funcionamiento. El equipo informático también tendrá que ser mantenido en la forma adecuada.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo en el ámbito de la atención primaria de salud, para resumir este capítulo, juega un papel muy importante para que la actividad asistencial se desarrolle de la mejor manera posible.

Sus funciones son cruciales para garantizar el funcionamiento impecable de los establecimientos de atención primaria y asegurar que todos reciban atención médica de alta calidad.

Los auxiliares tienen una variedad de deberes cruciales para garantizar la calidad de la atención al paciente, desde el control de los suministros hasta la gestión de las citas y los registros clínicos. Como resultado, es una parte crucial de cualquier sistema de salud.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria.
2. Organización Mundial de la Salud. (2021). Atención primaria de la salud.

Capítulo 452

EL PROFESIONAL MECÁNICO Y ELECTRICISTA PERTENECIENTE A GESTIÓN Y SERVICIOS. EQUIPO DE MANTENIMIENTO DEL CENTRO HOSPITALARIO EN EL MANTENIMIENTO DE LAS CALDERAS INDUSTRIALES DE UN CENTRO HOSPITALARIO

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ

DAVID SANCHEZ CAMBRONERO

HONORATO LOZANO MOYA

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

1 Introducción

La caldera se podría definir como aquella máquina térmica diseñada para generar vapor de agua a partir de la quema de algún combustible. Las calderas indus-

triales se utilizan, generalmente, en grandes instalaciones en las que es necesaria la utilización de altas temperaturas para la generación de sus procesos. Las calderas constituyen una parte fundamental en los centros hospitalarios debido a la necesidad continua de agua caliente y de vapor para fines como la calefacción, la limpieza de equipos o para el mantenimiento de la higiene y serán especialmente importantes en áreas como la lavandería o la cocina. Además, en los centros hospitalarios, es fundamental que el vapor que produzca la caldera industrial sea de gran pureza y no solo para las zonas limpias de las áreas mencionadas con anterioridad, sino, y especialmente, en áreas como las zonas dedicadas a la esterilización de material hospitalario.

Los centros hospitalarios no siempre tienen personal especializado en sistemas para la gestión de energía, en estas ocasiones es el mecánico del hospital el encargado de la realización de las tareas de mantenimiento de la caldera. Sin embargo, aunque las tareas de mantenimiento preventivo de la caldera sean correctamente planificadas y ejecutadas, en algunas ocasiones se podrán observar desajustes, fallos o averías. Con este objetivo, las calderas vienen provistas de sistemas de detección de errores que mostrarán codificados en una pantalla. Dependiendo de la marca de la caldera, e incluso del modelo de fabricación, el sistema de codificación utilizado podrá ser único y distinto. El mecánico encargado del mantenimiento de la caldera deberá interpretar la codificación mediante la consulta en el manual de instrucciones suministrado por el fabricante de la caldera y, una vez interpretado el código y localizado el error, proceder como corresponda.

2 Objetivos

- Describir las funciones desarrolladas por parte del mecánico del hospital en el mantenimiento y en la solución de fallas de las calderas industriales.
- Identificar los principales problemas que pueden presentarse en las calderas industriales utilizadas en centros hospitalarios.
- Proporcionar recomendaciones para la solución de averías de las calderas industriales 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

Generalmente, para detectar los errores en el funcionamiento de una caldera, el mecánico del centro hospitalario debe atender a los diferentes síntomas que la caldera presenta y que son indicativos de problemas de ajustes o averías. Actualmente, las calderas vienen provistas de diferentes sensores que sirven para el diagnóstico de diferentes averías, errores de funcionamiento y su localización, como pueden ser: los sensores de temperatura, los sensores de presión, los sensores de humo y gases, los sensores de nivel de agua, o los sensores de llama. Además, estos sensores dotan de gran seguridad a la caldera al detener su funcionamiento de manera automática ante la detección de una falla.

Entre los problemas o fallas más comúnmente detectados en una caldera se encuentran los relacionados con la presión. En ocasiones se puede observar que la presión de la caldera sube con la calefacción. Uno de los motivos es la acumulación de aire en los radiadores, los radiadores no se calentarán con normalidad, se procede a purgar los radiadores para expulsar el aire que contienen. También puede ocurrir que la presión de la caldera aumente en exceso a medida que esta se calienta, cuando esto ocurre hay que comprobar que el vaso de expansión funcione correctamente porque puede ser que pierda aire. Otras veces, cuando la membrana del vaso de expansión esté agujereada o presente perforaciones, el agua podría filtrarse por el lugar por donde debería producirse la salida del aire lo que podría producir la bajada de la presión de la caldera momentánea, pero al llenar la caldera con agua al encender la calefacción, la presión de la caldera subirá. Este problema puede observarse si sale agua al ejercer presión sobre la carcasa de la válvula de llenado de aire del tanque de expansión.

Otra de las averías más frecuentes se observa cuando al abrir un grifo, la caldera no arranque. Esto puede deberse a que se han producido taponamientos en la salida de humos, porque falta presión, porque existan fallos o averías en la sonda de temperatura o en el detector del caudal de agua.

En otras ocasiones la caldera se enciende, sin embargo, el agua no se calienta, esto suele indicar bien que hay fallos en la válvula de tres vías y esta no funciona de manera adecuada, bien que hay averías en el sistema de circulación.

5 Discusión-Conclusión

Las calderas industriales son fundamentales para garantizar el suministro continuo de agua caliente y vapor, imprescindibles la calefacción, la limpieza o la esterilización de material hospitalario y el mecánico del hospital juega un papel muy importante en el cuidado y la resolución de averías en las calderas.

El mantenimiento preventivo es el valor principal a considerar al buscar funcionamiento óptimo de las calderas. Para la detección de problemas en el funcionamiento de las calderas, el profesional mecánico debe prestar atención a los síntomas que presenta esta y elaborar un diagnóstico. Los diferentes sensores de la caldera permiten la detección de problemas y contribuyen a la seguridad en su funcionamiento.

Es esencial que el mecánico del centro hospitalario esté capacitado y cuente con el manual de instrucciones suministrado por el fabricante de la caldera o con el acceso a la información necesaria para interpretar los códigos de error adecuadamente. Además, es imprescindible la realización de revisiones periódicas y programadas para reducir la frecuencia de averías y garantizar la eficiencia y seguridad de las calderas.

6 Bibliografía

1. Problemas y averías más comunes en las calderas ¿Qué hacer? [Internet]. preciogas.com. Preciogas; 2015 [citado el 26 de julio de 2023]. Disponible en: <https://preciogas.com/instalaciones/equipamiento/calderas/arreglar>
2. Ingenieros.es. [citado el 26 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.ingenieros.es/files/proyectos/Guia-basica-calderas-industriales-eficientes-fenercom-2013.pdf>
3. Dominguez MJ, Completo V mi P. Calderas - Tablas de Mantenimiento General e Inspecciones Anuales [Internet]. Blogspot.com. [citado el 26 de julio de 2023]. Disponible en: <https://elmaquinante.blogspot.com/2020/05/calderas-tablas-de-mantenimiento.html>
4. Wordpress.com. [citado el 26 de julio de 2023]. Disponible en: <https://temariosformativosprofesionales.files.wordpress.com/2013/10/calderas-univ-burgos.pdf>

Capítulo 453

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE

ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

1 Introducción

El equipo administrativo del servicio de Radiodiagnóstico se encarga de trámites, tareas administrativas y atención al paciente por teléfono y de manera presencial. Se encarga de recoger la información sobre las solicitudes de pruebas radiológicas realizadas por Atención Primaria y Atención Especializada. Gestionar citas de forma presencial y telefónica, informando al paciente de los procedimientos a seguir antes de la prueba. De esta manera, cumplen tareas tanto administrativas como educativas. Las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de Radiodiagnóstico son muy variadas: se evalúan las solicitudes de pruebas de los pacientes, y se llama al paciente para confirmar la fecha, hora y lugar de la prueba, así como para proporcionar toda la información pertinente con anterioridad a que la paciente debe tener en cuenta. Tan pronto como ingresa al área

de recepción, alguien lo saluda y lo dirige al área de espera y la ubicación de su prueba. De ser necesario, tenga listo el comprobante de asistencia a la prueba del paciente y su acompañante. Se le informa de otro tipo de procesos, como los pasos que debe seguir si quiere presentar una reclamación. Desde listas de espera hasta exámenes, usted es guiado. En resumen, toda la información y prácticas relativas al servicio de Radiodiagnóstico.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son describir las principales funciones del auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico del centro hospitalario.

3 Metodología

Para elaborar el presente trabajo, se hizo 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 auxiliar administrativo del Servicio de Radiodiagnóstico tiene diversas funciones, entre las que se encuentran:

- Programar citas para radiografías, ecografías, resonancias, tomografías, punciones e instrucciones que el paciente debe seguir antes de la prueba:
 1. Radiografías simples: no necesitan que el paciente esté preparado previamente.
 2. Se informa al paciente que debe ayunar 6 horas antes de la ecografía abdominal.
 3. Se informa al paciente que debe ayunar las 4 horas previas a la prueba, y que durante la última hora de ese ayuno debe beber 3 vasos de agua sin orinar.
 4. Tanto las ecografías de manos como las mamografías no requieren preparación previa.
 5. La recomendación estándar para un tac/escáner es un ayuno de cuatro horas. Se informa al paciente que debe tomar gastrografín (370 mg de yodo) dos horas antes de la prueba si se trata de una exploración que requiere inyecciones. También debe seguir una dieta particular unos días antes de la prueba si es del colon.

6. Punciones: Se informa al paciente que debe pasar 4 horas sin comer ni beber antes de la prueba. El paciente recibe toda esta información del auxiliar administrativo cuando programa la prueba, junto con una explicación clara del día, la hora y el lugar, además de las instrucciones anteriores.

- Dar a los pacientes la información que requieren por teléfono y personalmente. Se identifica al paciente para determinar si tiene o no cita cuando se acerca al mostrador de atención al cliente. Se le mostrará la sala, la pantalla que debe mirar mientras espera su turno o el número de cabina relacionado con la prueba si está allí en una visita programada.

- Programa una cita en el mostrador de atención al cliente para los pacientes que llegan a consultas al hospital en ese horario y que los médicos envían al servicio de radiodiagnóstico para hacerse radiografías básicas. Recibe una cita del médico y la ubicación de la sala de espera se encuentra en el volante de Solicitud.

- Cancela citas de pacientes que no se presentan a exámenes, anotando la causa en observaciones.

- Cuando un paciente en lista de espera solicita información, se la entregan para preparar su prueba.

- Proporcionar documentación de la participación del paciente o del acompañante en las pruebas previa solicitud.

Imprime las listas de pacientes y las pegatinas identificativas que te hayan solicitado los técnicos o médicos.

- Imprimir volantes solicitando radiografías de pacientes hospitalizados a primera hora de la mañana. Esto permitirá a los guardias bajar a los pacientes para realizar las pruebas cuando las hayamos programado.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo es un miembro integral del equipo del Servicio de Radiodiagnóstico y es crucial para el funcionamiento eficiente de ese Servicio. La atención eficaz del paciente al programar una cita y brindarle a los pacientes información precisa sobre los procedimientos a seguir antes de la prueba es una de sus funciones principales y cruciales. Las tareas diarias de un auxiliar administrativo incluyen la impresión, gestión y clasificación de todas las solicitudes de especialistas y médicos de atención primaria por prioridad, ya sea normal o preferencial, para llamar a los pacientes y programar citas e instrucciones previas, lista de espera, ya sea de forma preferente o por la vía habitual, y la fecha de la indicación médica.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud. Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.
2. Protocolo a seguir en las funciones del auxiliar administrativo del Servicio de Radiología del Hospital de Cabueñes de Gijón

Capítulo 454

EL PROFESIONAL MECÁNICO Y ELECTRICISTA PERTENECIENTE A GESTIÓN Y SERVICIOS, EQUIPO DE MANTENIMIENTO DEL CENTRO HOSPITALARIO Y LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD A APLICAR EN LA ADQUISICIÓN Y EL USO DE LAS HERRAMIENTAS MANUALES

LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ

DAVID SANCHEZ CAMBRONERO

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

HONORATO LOZANO MOYA

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

1 Introducción

Las herramientas de uso manual son unos instrumentos de trabajo que necesitan para su utilización que la accione un individuo. Las herramientas manuales se

usan en un sinnúmero de actividades laborales, lo que las dota de gran importancia. Aunque en la actualidad las herramientas manuales están diseñadas y fabricadas de manera que su utilización sea fácil y segura, los accidentes que se producen en el ámbito laboral por su uso son muy numerosos si se comparan con el número total de los accidentes producidos, sobre todo, los de carácter leve. Sin embargo, esta cuestión no debe permitir que sean ignorados, ya que la gravedad de los accidentes resultado el uso de las herramientas manuales puede terminar en situaciones de incapacidad temporal y en situación de incapacidad permanente parcial en muchas ocasiones.

El uso de herramientas manuales forma parte de la cotidianeidad de los profesionales mecánicos de los centros hospitalarios. Una mala decisión a la hora de elegir la herramienta adecuada, un uso distinto en su utilización al uso para las que fueron diseñadas, la utilización incorrecta o sin seguir las instrucciones de seguridad de fabricante pueden acarrear falta de eficiencia en el trabajo y consecuencias muy graves, como las anteriormente descritas, para el bienestar y la salud del mecánico del centro hospitalario.

El profesional mecánico del centro hospitalario se expone a numerosos cuando utiliza herramientas de uso manual como podrían ser cortes y golpes en las manos o en otras partes del cuerpo, esguinces producidos tras la realización de movimientos bruscos o sobreesfuerzo o daños en los ojos producidos por esquirlas o partículas procedentes de las herramientas o de los materiales con los que se trabaja.

Las causas que originan estos riesgos a las que el mecánico del centro hospitalario debe prestar atención serían: las herramientas mal conservadas, transportadas de manera incorrecta, uso inapropiado, herramientas de mala calidad, desorden o dejarlas abandonadas, herramientas mal diseñadas etc.

2 Objetivos

- Describir las causas y los riesgos vinculados a la utilización de herramientas manuales por parte de los profesionales mecánicos en centros hospitalarios.
- Exponer medidas preventivas para mejorar la seguridad en el uso de herramientas manuales en los centros hospitalarios por los profesionales mecánicos para el fomento de la conciencia sobre su importancia.

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: “mecánico y herramientas manuales” “seguridad y herramientas manuales” o “mecánico y seguridad”.

4 Resultados

Con la finalidad de minimizar los riesgos a los que se expone el profesional mecánico cuando utiliza herramientas manuales en el desarrollo de su trabajo, este debe conocer y poner en práctica una serie de medidas preventivas que tienen que ver con el diseño ergonómico de la herramienta, con la atención a la seguridad cuando las está utilizando, con la adopción de un programa para la gestión segura de las herramientas y con las medidas de seguridad a aplicar específicas para cada herramienta manual.

En cuanto al diseño ergonómico hay que tener en cuenta que las herramientas manuales deben cumplir una serie de requisitos: que sus dimensiones sean adecuadas para las condiciones físicas del mecánico que las va a utilizar y, también, para su resistencia y su fuerza, que no le produzcan fatiga y que la herramienta cumpla de manera eficaz su función.

El profesional mecánico es un experto en la utilización de herramientas manuales, pero hay una serie de recomendaciones que no debe olvidar para hacerlo de manera segura como utilizar la herramienta correcta para cada tarea que va a desarrollar y usarla de la forma adecuada, realizar un mantenimiento de las herramientas periódico para que se conserven en buen estado, guardar las herramientas en lugares seguros, evitar utilizar las herramientas en sitios que dificulten su uso adecuado. Además de estas prácticas, es recomendable que cada profesional mecánico cuente con sus propias herramientas manuales.

Un programa de gestión segura de las herramientas debería abordar el ciclo completo de la herramienta manual. En su adquisición, tener en cuenta que estas deben ser de calidad y con diseño ergonómico, adecuadas para el trabajo que se va a realizar con ellas y, si es posible, adquirirlas a fabricantes de reconocido prestigio. El programa también debe contemplar el adiestramiento del profesional mecánico para su uso, así como ciertas medidas en cuanto a su utilización

como utilizar cada herramienta para aquello para lo que fueron diseñadas, no sobrepasar los aspectos técnicos de sus prestaciones, no trabajar con herramientas estropeadas o usar siempre los complementos o accesorios de seguridad recomendados para la utilización de esa herramienta específica. El control y el almacenamiento de las herramientas también serán cuestiones a tener en cuenta por el programa, que cada mecánico cuente con las herramientas adecuadas a utilizar, que estas estén almacenadas en los estantes adecuados, revisar el estado de las herramientas por si están deterioras y hay que repararlas o desecharlas. El mantenimiento de las herramientas es otro aspecto a considerar: afilarlas, templarlas o engrasarlas forman parte de las tareas de mantenimiento. Finalmente, la atención a su transporte, transportarlas en cajas, cinturones o bolsas diseñadas para ello, no llevar nunca herramientas en los bolsillos o que las manos se mantengan libres de herramientas al subir o bajar escaleras.

Con respecto a las medidas de seguridad específica para cada herramienta, el profesional mecánico deberá consultar las recomendaciones de los fabricantes y de los manuales que estén a su alcance.

5 Discusión-Conclusión

El uso de las herramientas manuales para los mecánicos de los centros hospitalarios es fundamental. Sin embargo, los accidentes de trabajo vinculados a su uso siguen siendo abundantes y, a veces, acarrear consecuencias graves para la salud y el bienestar de los trabajadores mecánicos.

Es fundamental la implementación de medidas preventivas y el fomento del uso seguro de herramientas manuales en centros hospitalarios. Adoptar una estrategia proactiva hacia la seguridad permitiría que los accidentes se redujeran y ayudaría en la protección de la integridad física de los mecánicos. También, es fundamental promover una cultura de prevención y formación continua en el ámbito laboral para asegurar que el entorno en el que desarrollan su trabajo los mecánicos de los centros hospitalarios sea seguro y productivo en la que se subraye la importancia de la seguridad en el uso de herramientas manuales y con recomendaciones claras y específicas para su uso adecuado por parte de los profesionales mecánicos dentro del entorno hospitalario.

6 Bibliografía

1. Tamborero JM, Pino D. NTP 391: Herramientas manuales (I): condiciones generales de seguridad [Internet]. Insst.es. [citado el 26 de julio de

2023]. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/326827/ntp_391.pdf/b2eaecca-0550-4ec8-9031-9bb27bfc58db

2. Herramientas manuales: criterios ergonómicos y de seguridad para su selección - Portal INSST - INSST [Internet]. Portal INSST. [citado el 26 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/herramientas-manuales-criterios-ergonomicos-y-de-seguridad-para-su-seleccion>

3. Edu.co. [citado el 26 de julio de 2023]. Disponible en: https://repositorio.ucm.edu.co/bitstream/10839/3325/1/Manipulacion_herramientas_manuales_area_mantenimiento.pdf

4. Ocronos R. Importancia del mantenimiento técnico hospitalario [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 26 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/mantenimiento-tecnico-hospitalario/>

Capítulo 455

LA TÉCNICA DE SOLDADO Y TIPOS DE SOLDADURA UTILIZADOS POR LOS MECÁNICOS Y ELECTRICISTAS PERTENECIENTES AL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS EQUIPO DE MANTENIMIENTO

DAVID SANCHEZ CAMBRONERO

LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

HONORATO LOZANO MOYA

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

1 Introducción

El personal del equipo de mantenimiento mecánico y electricista en su trabajo diario en el centro hospitalario, utiliza muy a menudo herramientas y técnicas especiales como es la soldadura. La soldadura tiene numerosas características, procesos de realización y tipos de soldadura, por lo que estos profesionales deberán conocer sus usos en profundidad para poder llevar a cabo de forma adecuada su trabajo.

La técnica de la soldadura consiste en la unión o fijación de dos o más piezas en su mayoría de metal por un proceso en el que es necesario el uso de alta energía. Para que se pueda garantizar una adecuada unión, los materiales a soldar han de tener una composición similar para obtener la rigidez y durabilidad necesaria. Durante el proceso de soldado las piezas son unidas por medio de la fundición de los dos elementos y agregando otro material afín de relleno o aportación, con lo que se logra el denominado baño de soldadura. Posteriormente la soldadura debe enfriarse hasta convertirse en una unión fija y duradera.

La soldadura es un método que conlleva diferentes aspectos como la técnica, experiencia y herramientas específicas, por ello existen distintos tipos de soldadura dependiendo de lo que se necesite soldar.

2 Objetivos

- Exponer el trabajo del personal mecánico y electricista en el soldado de piezas.
- Explicar en qué consiste la soldadura y los diferentes métodos que existen.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica 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 usadas han sido; soldadura, tipos de soldado.

4 Resultados

Como hemos comentado anteriormente hay distintos tipos de soldadura con características, funciones, procesos y propósitos diferentes.

Distintos tipos de soldadura:

- Soldadura fuerte; La soldadura fuerte, como en su nombre está indicado, tiene como característica una unión en la que es necesaria una gran fuente de energía, que puede ir entre los 450 a los 800 grados centígrados. Este tipo de soldadura es usada para la unión de elementos de mayor consistencia como pueden ser, aleaciones de plata, latón, acero y otras.

- Soldadura blanda; La soldadura blanda, o también denominada soldering, es la más utilizada para soldaduras comunes ya que necesita menor nivel de energía calorífica y es más económica, además tiene la característica de poseer un menor porcentaje de oxidación respecto a otras técnicas.

- Soldadura por capilaridad; la soldadura por capilaridad es la más usada en plomería, se caracteriza en que se han de calentar las piezas que se desean unir mientras se va añadiendo un material que generalmente se debe fundir a una temperatura mayor de 430° centígrados, el elemento que se une debe proporcionar solidez y unión a las dos piezas cuando estas se enfrían, generalmente la soldadura por capilaridad es usada para soldar tuberías de cobre y cableados.

El proceso de soldado también puede ser clasificado por su técnica.

Distintas técnicas de soldadura:

- Soldadura por gas, es de las más usadas, debido a su bajo coste y la facilidad de movilización del equipo, es utilizada para la unión de cobre, aluminio, entre, y el gas es su fuente de calor.

- Soldadura por arco eléctrico, esta usa un electrodo revestido de un material y se usa con electricidad. Dentro de la soldadura por arco eléctrico está la de Gas Inerte Tungsteno (TIG) y la de Metal Inerte Gas (MIG).

- Soldadura por resistencia, se usa la corriente eléctrica y es aplica directamente sobre las piezas a unir.

- Soldadura de estado sólido, se usan ondas de ultrasonido para unir dos o más piezas sin llegar a fundir, es usada para piezas de plástico.

5 Discusión-Conclusión

La técnica de la soldadura es la unión de dos piezas metálicas de igual o similar composición, de manera que la unión quede rígida y sea duradera, esto se consigue por la fusión o por la aportación de otro metal que haga de enlace, existen diferentes tipos de soldado siendo los más usados la soldadura autógena, la de gas y la de arco eléctrico para estructuras metálicas.

Los mecánicos y electricistas de los centros hospitalarios son los encargados de reparaciones y mantenimiento del hospital por lo que deberán elegir el tipo de soldadura más idónea para el trabajo a realizar, conociendo los materiales sobre los que va a trabajar para adaptarlo a las necesidades.

6 Bibliografía

1. Peris GP. ¿Cuáles son los tipos de soldaduras industriales y cuándo usarlas? [Internet]. Guillermo Peris Peris. 2023 [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.diariosigloxxi.com/texto-diario/mostrar/4284303/cuales-tipos-soldaduras-industriales-cuando-usarlas>.
2. DeMaquinasyHerramientas D. ¿Cuáles son los diferentes tipos de soldadura? [Internet]. De Máquinas y Herramientas. 2010 [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.demaquinasyherramientas.com/soldadura/cuales-son-los-diferentes-tipos-de-soldadura>.
3. Guía de materiales y tipos de soldadura [Internet]. Tameson.es. [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://tameson.es/pages/guia-de-materiales-y-tipos-de-soldadura>.

Capítulo 456

ACTUACIÓN Y FUNCIONES DEL CELADOR ANTE PACIENTES FALLECIDOS. MORTUORIO Y SALA DE AUTOPSIAS

MARIA JULIA ROMERO LUJAN

DELFINA MARGARITA ORTIZ QUIROS

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO

MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO

1 Introducción

La sala de autopsia es el lugar físico donde se realiza el estudio tanto interno como externo de un cadáver, y también se toman muestras tanto de órganos como de fluidos para su posterior análisis.

La autopsia es realizada por un médico denominado patólogo, es un examen médico detallado, con el fin de averiguar las causas de la muerte de una persona.

Podemos distinguir tres tipos de autopsias:

- Autopsia fetal.
- Autopsia judicial.
- Autopsia Clínica.

La autopsia judicial se realiza cuando se trata de muertes violentas, sospechosas de criminalidad, u otras muertes que deben ser tratadas como “no naturales”. Estas autopsias las realiza el médico forense.

La autopsia clínica se realiza cuando se trata de un fallecimiento por “muerte natural”, independientemente se conozca o no la causa, y consiste en el estudio de la causa de la muerte y los procesos intervinientes. Las autopsias clínicas pueden realizarse a pacientes ingresados en un hospital, son las autopsias clínicas hospitalarias, o a pacientes no ingresados en un hospital, son las autopsias clínicas extrahospitalarias.

En el presente capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza el celador en la sala de autopsias, haciendo referencia la importancia de su trabajo para el correcto funcionamiento del servicio.

2 Objetivos

- Explicar el funcionamiento del servicio de anatomía patológica.
- Describir las funciones que realiza el celador en la sala de autopsias.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en internet consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como Elsevier, o el motor de búsqueda Pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “Sala de Autopsias” y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

Posteriormente se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos que han resultado de mayor interés para la realización de este trabajo.

Por último, se ha extraído la información de interés para llevar a cabo este trabajo y exponer los objetivos de forma resumida y concisa.

4 Resultados

La especialidad de Anatomía Patológica tiene por objeto el estudio de las causas, el desarrollo y las consecuencias de las enfermedades. Se encarga del estudio de la enfermedad mediante el examen macroscópico y microscópico de órganos y tejidos

Su finalidad es el diagnóstico de las enfermedades mediante la realización de biopsias, citologías como PAP, líquidos orgánicos y PAAF, con control ecográfico. En la mayoría de los hospitales existe una sala de autopsias, donde se realizan estudios autópsicos, que consisten en el estudio interno y externo de un cadáver y la toma de muestras de órganos y fluidos. La sala de autopsias debe reunir unas condiciones especiales para el correcto y seguro desarrollo de los trabajos forenses.

La responsabilidad de la autopsia corresponde al Médico Anatomopatólogo que la realice, dirija y supervise. Por consiguiente el celador no podrá hacer uso de ningún instrumental sobre el cadáver y sus funciones serán en todo momento supervisadas por el personal sanitario.

Seguidamente vamos a enumerar las funciones que realiza el celador en la sala de autopsias:

- Se encargará del traslado del cadáver desde la cámara frigorífica hasta la sala de autopsias, y lo colocará en la mesa, siguiendo las indicaciones del médico forense.
- Será el encargado de limpiar la sala de autopsias, dejándola preparada para otro examen autópsico.
- Deberá facilitar el instrumental que sea requerido por el personal médico.
- Recogerá y limpiará todo el material utilizado en la autopsia.
- Se encargará del relleno del cadáver con celulosa antes del cierre por el anatomopatólogo.
- Se encargará de pesar los órganos, e introducirlos en cubos herméticos para su posterior traslado.
- Trasladará las muestras al servicio de anatomía patológica.

Como podemos ver el celador realiza multitud de funciones en la sala de autopsias, todas ellas bajo la supervisión del personal médico, de ahí su importancia en este servicio.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión podemos decir que la función del celador en la sala de autopsias es auxiliar al resto de personal sanitario en todo aquello que le sea demandado.

Realizará funciones antes, durante y después de la realización de la autopsia. Es importante que el celador conozca los protocolos de trabajo en este servicio, y las normas de higiene y asepsia, debido a que pueden contraer enfermedades infecciosas, al estar en contacto con fluidos. Tendrá que hacer uso de los equipos de protección. Se abstendrá de hacer uso de ningún instrumental sobre el cadáver, tratándolo en todo momento con respeto y seriedad.

6 Bibliografía

1. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152022000100004
2. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1982/BOE-A-1982-22965-consolidado.pdf>
3. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/funciones-del-celador-en-la-sala-de-autopsias/>

Capítulo 457

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA. FUNCIONES Y COMPETENCIAS

MARIA JULIA ROMERO LUJAN

DELFINA MARGARITA ORTIZ QUIROS

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO

MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO

1 Introducción

Los hospitales deberán disponer de servicios o unidades de farmacia hospitalaria con arreglo a los mínimos establecidos por la ley. Está integrado por Farmacéuticos, FIR, DUE, Auxiliares de Enfermería, Auxiliares Administrativos, y Celadores. El servicio estará bajo la dirección de un farmacéutico. Las condiciones, requisitos y normas de funcionamiento de tales depósitos serán determinados por la autoridad sanitaria.

El uso de medicamentos en el hospital y la utilización de ellos en las distintas consultas obliga que el hospital cuente con varios farmacéuticos dependiendo del volumen y tipo de hospital.

Los celadores tienen una función fundamental que es la distribución de medicamentos, que se realiza por dosis diarias, a través de carros provistos de cajetines

numerados, cada uno de ellos correspondiente a un paciente, donde va la medicación precisa para él. Los hospitales deben seguir el reglamento en el uso de medicamentos de forma legal y están obligadas a suministrar los medicamentos con las condiciones y con las reglas que se establecen.

Los celadores del servicio de farmacia se encargarán del reparto de la medicación por las diferentes plantas de hospitalización, también serán los encargados de bajar los carros de medicación al servicio de farmacia para su preparación y posterior regreso a la planta, Realizan multitud de funciones que vamos a desarrollar en el presente capítulo.

2 Objetivos

- Describir la unidad o servicio de farmacia en el ámbito hospitalario.
- Listar las funciones que realiza el celador en el servicio de farmacia hospitalaria.

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”, “Farmacia Hospitalaria” y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

El servicio de farmacia en un hospital es de vital importancia, pues se encarga de suministrar todo el material sanitario y medicamentos necesarios en la institución sanitaria.

Podemos definir farmacia hospitalaria como el servicio de atención médica encargado de elegir, preparar, almacenar, combinar y dispensar medicamentos y productos sanitarios, orientando a los profesionales de la salud y pacientes sobre su uso seguro, efectivo y eficiente.

El celador de farmacia hospitalaria realizará las siguientes funciones, necesarias para un buen funcionamiento del servicio de farmacia:

- Recepción del material.
- Movilizará el material pesado.
- Transportará el material dentro de la farmacia.
- Acondicionará suero y alcohol, procediendo también a la dispensación a las diferentes unidades hospitalarias.
- Trasladará desde la farmacia hasta las distintas unidades hospitalarias los carros con la medicación.
- Trasladará o transportará los productos desde otras unidades del hospital hasta la farmacia.
- Preparación del alcohol.
- Custodia de la farmacia.
- Colabora en los inventarios.

El servicio de farmacia en los hospitales dota de material sanitario a todas las consultas del hospital.

Según el volumen del hospital hay dos tipos de farmacia:

Farmacia pesada: Toda aquella cuyo volumen y tamaño supera un determinado peso.

Farmacia ligera: Se considera a la medicación diaria que hay que suministrar a cada paciente, denominada unidosis, es decir, la dispensación del producto farmacéutico individual para cada paciente y se realiza en carros de medicación unidosis.

Los hospitales deberán de disponer de servicios de farmacia, con un uso racional de medicamentos para el traslado de todos ellos por los celadores, los hospitales de más alto nivel y aquellos que se determinen, deberán disponer de servicios o unidades de farmacología clínica.

En resumen, podemos decir que el celador es el responsable de abastecer a los distintos servicios del hospital del material sanitario necesario, así como de recepcionar y organizar el almacén de farmacia, siguiendo siempre las indicaciones de sus superiores.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los celadores deben suministrar a todos los servicios del hospital las dosis necesarias por cada paciente, así como los productos de farmacia pesada necesarios en cada unidad hospitalaria.

Los celadores tendrán además la responsabilidad de que los medicamentos que son transportados por las distintas partes del hospital, no se pierdan por el camino y no sufran ningún daño.

Del correcto reparto de los productos de farmacia depende el buen funcionamiento de las plantas de hospitalización, de las consultas externas, hospital de día, etc. por ello la labor de celador es de vital importancia, para el funcionamiento fluido y eficiente de los servicios hospitalarios.

6 Bibliografía

1. <https://medac.es/blogs/sanidad/farmacia-hospitalaria>
2. <https://revistamedica.com/farmacia-hospitalaria-funciones-celador/>
3. <https://www.kapitalinteligente.es/que-es-la-farmacia-hospitalaria/>

Capítulo 458

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO

MARIA JULIA ROMERO LUJAN

DELFINA MARGARITA ORTIZ QUIROS

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO

MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO

1 Introducción

La unidad de cirugía sin ingreso es un servicio ubicado en los hospitales que cuenta con los requisitos funcionales, estructurales y organizativos para prestar la adecuada asistencia sanitaria en procedimientos quirúrgicos que no requieran hospitalización.

El tipo de operaciones realizadas en la unidad de cirugía sin ingreso pueden ser:

- Cirugía mayor ambulatoria (CMA).

- Cirugía menor ambulatoria (Ca).

Entre los tipos de cirugías que se pueden realizar en la UCSI ya sea mayor o menor, nos encontramos por ejemplo: amigdalectomía, cirugía de cataratas, extracción de lunares, intervención de hernias, intervención del túnel carpiano, cirugía para extirpar la vesícula biliar, artroscopia etc.

El continuo avance de la medicina está posibilitando la incorporación de más procedimientos a este tipo de cirugías ambulatorias, que evitan el ingreso hospitalario y por consiguiente una recuperación más cómoda para los pacientes, posibilitando la convalecencia en el propio hogar, siempre bajo la supervisión médica.

En esta unidad trabaja un equipo multidisciplinar compuesto por profesionales sanitarios y no sanitarios, que deben estar en coordinación con el resto de servicios hospitalarios.

En el presente capítulo vamos a describir el funcionamiento de la Unidad de Cirugía sin Ingreso, así como detallar las funciones que realiza el celador, y su importancia para el buen funcionamiento del servicio.

2 Objetivos

- Describir la unidad de cirugía sin ingreso: UCSI.
- Detallar las funciones que realiza el celador en la Unidad de Cirugía sin Ingreso.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación basada en la búsqueda de diferentes publicaciones en internet, relacionadas con la labor del celador en la unidad cirugía sin ingreso de los centros sanitarios, se han consultado diferentes artículos relacionados con el tema. Posteriormente se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos que han resultado de mayor interés para la realización de este trabajo. Por último, se ha extraído y sintetizado la información de interés para llevar a cabo este trabajo y exponer los objetivos de forma resumida y concisa.

4 Resultados

Como hemos visto la cirugía ambulatoria consiste en una intervención quirúrgica que puede ser con anestesia local, regional o general que posibilita la vuelta al domicilio el mismo día de la intervención. La mayoría de las especialidades médicas cuentan con procedimientos que se pueden hacer por cirugía ambulatoria ya sea mayor o menor. En el caso de programar un procedimiento quirúrgico en la unidad de cirugía sin ingreso, se concertará una primera cita para realizar

el preoperatorio, que consistirá en la realización de una analítica, electrocardiograma, y visita con el anestesista. Si estas pruebas resultan aptas, se citará al paciente un día determinado en la unidad. A su llegada será recibido por el auxiliar administrativo que realizará el registro del paciente. Una vez recepcionado, un celador acompañará al paciente al vestuario, donde podrá dejar la ropa y sus objetos personales en una taquilla y le facilitará un pijama.

Una vez finalizada la intervención el paciente permanecerá en la unidad unas horas en observación hasta su total recuperación. Una vez dado el alta, un acompañante deberá responsabilizarse del regreso a casa, pues el paciente no podrá conducir. El paciente deberá estar acompañado las 24 horas posteriores a la intervención, al día siguiente de la intervención personal del hospital se pondrá en contacto con el paciente para confirmar que todo va correctamente, o si es necesario se facilitará una cita presencial. En el caso de que surja alguna complicación, el hospital tendrá a disposición del paciente un teléfono donde se resolverá cualquier duda, o si se tratará de algún síntoma, como dolor extremo, fiebre, sangrado etc. se acudirá al servicio de urgencias hospitalarias.

A continuación vamos a detallar las funciones que realiza el celador en la unidad de cirugía sin ingreso:

- A la llegada del paciente a la unidad el celador lo acompañará a los vestuarios, facilitándole un pijama y lo acomodará en su cama o sillón correspondiente.
- El celador trasladará al paciente desde su ubicación inicial al quirófano correspondiente.
- También será el encargado de colocar al paciente en la mesa de operaciones, siguiendo las instrucciones del personal sanitario.
- Montará la mesa de operaciones.
- Trasladará todo el aparataje necesario para las diferentes intervenciones.
- Será el encargado de traer del servicio de esterilización el material que le sea solicitado.
- Tramitará los pedidos de farmacia.
- Llevará las muestras biológicas al laboratorio correspondiente.
- Trasladará los documentos administrativos y clínicos que le sean encomendados por sus superiores.

Como podemos ver el celador de UCSI realiza multitud de funciones por lo que debe conocer todos los protocolos de trabajo, además de ser amable y atento con los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto la unidad o servicio de cirugía sin ingreso, realiza intervenciones quirúrgicas, de menor complejidad que son susceptibles de recuperación sin necesidad de ingreso hospitalario. El celador de dicha unidad debe conocer los protocolos quirúrgicos, pues a pesar de tratarse de intervenciones menores, no por ello revisten menores cuidados y protocolos.

Deberá en todo momento respetar las normas de higiene y asepsia, y ser conocedor de las posiciones anatómicas y técnicas de movilización para la realización eficaz de su trabajo. En todo momento seguirá las instrucciones del personal médico y de enfermería con el que trabajará coordinadamente.

Su trabajo en la unidad es de gran importancia y muy diverso, teniendo también un contacto directo con el paciente.

6 Bibliografía

1. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000500016
2. <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-unidad-cirugia-sin-ingreso-estancia-9298>
3. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm

Capítulo 459

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REANIMACION Y CUIDADOS CRITICOS DE ADULTOS

MARÍA AURORA LEÓN CASAS

FRANCISCA DE TORO CUCHILLO

1 Introducción

La Unidad de Reanimación y Cuidados Críticos de Adultos (REA), es la encargada del cuidado intensivo del paciente crítico, tanto postquirúrgico, politraumatizado, y también de trasplante de órganos.

Esta Unidad forma parte del área quirúrgica y es un eslabón más del proceso anestésico postoperatorio.

Cuando un paciente debido a una intervención quirúrgica, a una patología preoperatoria o por la intensidad del dolor postoperatorio necesita de unos controles y una vigilancia mayor, que no es posible llevar a cabo en planta, se ingresará en esta Unidad de Reanimación y Cuidados Críticos de Adultos (REA).

Cerca de esta Unidad, está ubicada la Sala de Despertar, o Unidad de Reanimación Postanestésica (URPA), donde se realizarán los cuidados postanestésicos inmediatos a pacientes que han sido sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos bajo cualquier tipo de anestesia.

El paciente será dado de alta para que pueda pasar a su habitación en planta, conforme se vaya encontrando mejor para ello y en las mejores condiciones posibles. Esta Unidad de Reanimación y Cuidados Críticos de Adultos, se encuentra siempre por tanto junto al Área Quirúrgica, y junto a la Unidad de Reanimación Postanestésica.

En esta Unidad trabaja un equipo multidisciplinar que está compuesto por médicos especialistas, cirujanos, anestesistas, enfermeras, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería y celadores.

Cada uno tiene funciones específicas que lograrán una mejor organización del trabajo y una mejor recuperación del paciente. En el presente capítulo se especificarán las distintas funciones del celador, para ayudar a los profesionales sanitarios en la recuperación del paciente.

2 Objetivos

- Describir las funciones del celador, en traslados y movimiento del paciente, en esta Unidad.
- Destacar la importancia del celador como parte del 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 también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave: celador, funciones, reanimación.

4 Resultados

Puesto que los pacientes ingresados en la Unidad de Reanimación y Cuidados Críticos de Adultos (REA), son pacientes sin movilidad o con una movilidad muy limitada, bien por una intervención quirúrgica o como consecuencia de un traumatismo u otra enfermedad, la figura del celador es imprescindible para que el resto de profesionales puedan desempeñar su trabajo, ayudando el celador en el movimiento de estos pacientes.

Así será necesario el celador, para ayudar al técnico de cuidados de enfermería o auxiliares, en el aseo del paciente, junto a la presencia de la enfermera, y también en los cambios posturales para evitar la formación de escaras y así mismo, a la enfermera para poder acceder a realizar curas, cuando no es posible debido a la falta de autonomía del paciente.

Tendrán a su cargo el traslado de enfermos para la realización de pruebas complementarias, que se realicen fuera de esta Unidad, y que será acompañado por supuesto por la enfermera y un médico.

Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera.

Ayudarán a requerimiento del Médico, la Supervisora o persona responsable, a la sujeción o movilización de los pacientes que lo precisan.

Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el Médico encargado de la asistencia al enfermo.

Ayudará al movimiento de los enfermos en los ejercicios de rehabilitación, ayudando a los Fisioterapeutas si así fuese necesario.

Es importante que, en esta Unidad, el celador este siempre localizado para poder requerir su ayuda en la movilización y aseo, o para acomodar al paciente.

5 Discusión-Conclusión

De este estudio se desprende que el papel del celador es necesario dentro del equipo sanitario, ya que realiza una ayuda fundamental en esta Unidad de Reanimación y Cuidados Críticos de Adultos, debido a que los pacientes aquí ingresados no tienen movilidad, o una movilidad limitada o reducida, mucho más que en otras unidades, servicios o plantas.

Los celadores hacen con su ayuda, que sea posible el movimiento del paciente, para que el resto del equipo sanitario pueda realizar su trabajo y por tanto el paciente su recuperación. Para ello tendrán conocimiento del estado del paciente y sabrán en todo momento como se le puede movilizar. Y por supuesto no realizarán ningún movimiento brusco y contarán con la supervisión de la enfermera.

Cabe destacar el trabajo de este equipo multidisciplinar para llevar a cabo una buena recuperación del paciente.

6 Bibliografía

1. Funciones de un celador en 2023: la cara humana del hospital [Internet] [citado 23 jun. 21]. Disponible en: [https://www.campustraining.es>noticias>funciones-celador](https://www.campustraining.es/noticias/funciones-celador).
2. ¿Para qué sirve la sala de reanimación de un hospital? [Internet] [citado 27 mar. 23]. Disponible en [https://www.operarme.es>blog>para-que-sirve-la-sala-de-un-hospital](https://www.operarme.es/blog/para-que-sirve-la-sala-de-un-hospital).

Capítulo 460

PERSONAL DE MANTENIMIENTO: LAS FUNCIONES E IMPORTANCIA DEL CALEFACTOR DE CENTROS HOSPITALARIOS

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

1 Introducción

El enfoque de los sistemas de salud en mejorar la seguridad del paciente ha llevado a varias organizaciones a crear estrategias. Con el objetivo de reflexionar y tomar decisiones en materia de seguridad del paciente, el Ministerio de Sanidad ha impulsado la estrategia 2015-2020 como continuación del plan iniciado en 2005.

La seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad principal para todos los sistemas de atención médica a lo largo del tiempo porque involucra una red compleja de variables que pueden interactuar para dañar a un paciente. ambos a nivel nacional.

Se están preparando estudios a nivel mundial para mejorar la atención y los servicios en la línea de establecer una cultura de seguridad dirigida a preservar el estándar de atención que se desea ofrecer a los usuarios de los sistemas de salud. En un hospital, el personal de mantenimiento como es el calefactor ajusta, instala, revisa y repara equipos y sistemas relacionados con calefacción y ventilación. El mantenimiento de las instalaciones industriales se considera un mal necesario que la alta dirección empresarial casi nunca reconoce, solo es considerado como un centro de costos, por supuesto.

La modernización, especialización y rentabilidad de los servicios existentes en un hospital son posibles gracias a un adecuado mantenimiento.

2 Objetivos

Conocer las funciones del personal de mantenimiento como es el calefactor en los hospitales, e indicar los tipos de mantenimientos de los que se encargan los servicios de mantenimiento en centros sanitarios.

3 Metodología

Se llevó a cabo una investigación exhaustiva y una revisión bibliográfica sistemática del cuerpo de literatura científica publicada para desarrollar el presente trabajo. Para seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas revisadas, se han consultado artículos de las principales bases de datos Pubmed, Medline, Scielo y Google Scholar.

4 Resultados

La mejora de la eficiencia de maquinaria se encuentra bajo el alcance de la categoría de técnico de mantenimiento de gestión de mantenimiento del hospital. El técnico de mantenimiento como es el calefactor es responsable de garantizar un funcionamiento adecuado en nuestras instalaciones médicas mediante el desempeño planificado y no planificado, como la lubricación, el reemplazo de los componentes desgastados y la reparación de fallas inesperadas.

Los objetivos principales de este componente crucial de la calefacción del centro del hospital son garantizar la producción, mantener la calidad, mantener la máquina en funcionamiento normalmente y extender la vida útil de la máquina como son las calderas y los radiadores y el sistema de aire.

Además del trabajo diario en el mantenimiento de nuestros hospitales, también incluye reparaciones y otras intervenciones en maquinaria y equipo, además está a cargo de las intervenciones diarias para investigar el centro del hospital. Hay varias formas de mantenimiento que realiza un calefactor.

1-El mantenimiento correctivo está a cargo de informar cualquier fallas o desgaste que se haya notado en las calderas, ventiladores, radiadores, etc del hospital. Estos problemas pueden ser presentados por una variedad de factores que no se identificaron de inmediato. Una vez que se ha localizado el fallo o problema, puede avanzar con la solucionamiento del problema de inmediato.

2- El mantenimiento preventivos: esto implica planificar la calibración, los ajustes, reparaciones e inspecciones, en general prevenir antes de que se rompa. Eso debe completarse regularmente de acuerdo con un plan establecido. El objetivo de la inspección es identificar los fallos cuando todavía están en las primeras etapas.

En un hospital, los miembros del personal de mantenimiento, como el calefactor, ajustan, instalan, examinan y reparan sistemas y equipos relacionados con la calefacción y la ventilación.

5 Discusión-Conclusión

En general, se considera que los trabajadores de mantenimiento sanitario como son los calefactores tienen más importancia que la que les otorgan muchos puestos superiores y, como resultado, los hospitales disfrutan de beneficios mucho más opulentos.

Desde la perspectiva de la gestión del hospital, es fundamental tener en cuenta la proporción del gasto total que corresponde a los costos de mantenimiento y, más aún, a los costos de operación de edificios, instalaciones y equipos.

El servicio de mantenimiento en calefacción y aire acondicionado, actualmente está infravalorado en comparación con otros servicios porque no se considera un componente necesario de la atención médica, pero en este caso es un bien para la comodidad del paciente.

6 Bibliografía

-<http://hugu.sescam.jccm.es/servicio/mantenimiento>
-www.google.es

Capítulo 461

PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL CALEFACTOR Y EL USO DE ESCALERAS DE MANO EN ARREGLOS DE LAS REJILLAS DE CALEFACCIÓN

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

1 Introducción

Además de la actividad asistencial y administrativa, también se desarrollan en los hospitales otro tipo de actividades, como tareas de limpieza, labores de almacén y labores del personal de mantenimiento en el que se incluyen los calefactores. Son más necesarios en el último escenario.

A veces para arreglar las rejillas de calefacción de las plantas es necesario utilizar frecuentemente escaleras, lo que pone en riesgo al profesional que las utiliza, a sus compañeros de trabajo e incluso a los propios pacientes y por lo tanto, es importante conocer cuáles son los peligros asociados con su uso, así como las medidas preventivas que se deben tomar.

Una persona puede subir o bajar de un nivel a otro utilizando un dispositivo portátil llamado escalera de tijera o escalera de mano, que está hecha de dos piezas paralelas o ligeramente coincidentes unidas a intervalos regulares por peldaños.

Dependiendo del tipo, podemos encontrar una escalera sencilla de un tramo, una escalera de tijera doble, una escalera extensible, una escalera transformable o una escalera mixta con rótula, cada una con detalles de construcción y uso únicos, así como una gran variedad de materiales: madera, aluminio, acero y materiales sintéticos son algunos de los materiales con los que se pueden fabricar.

2 Objetivos

Conocer qué clases de escaleras hay para que el calefactor de un hospital pueda realizar su trabajo en alturas como arreglar las rejillas de calefacción.

3 Metodología

Se ha realizado un análisis sistemático de la literatura en el campo de la ciencia. El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo ha realizado una búsqueda de las principales notas técnicas y publicaciones relacionadas con el uso de escaleras manuales. bases de datos de literatura y los protocolos hospitalarios y guías de referencia.

4 Resultados

Para que el calefactor pueda realizar la limpieza, el mantenimiento y almacenamiento de las rejillas, se requiere el uso de escaleras para completar estas tareas. Debido a su uso generalizado, es muy probable que necesiten utilizar este equipo de trabajo a la hora de realizar tareas de mantenimiento o reparación.

A menos que se tomen ciertas precauciones, representan un riesgo que podría tener efectos perjudiciales tanto para el usuario como para cualquier persona cercana que los esté utilizando al mismo tiempo.

1-Estos riesgos son:

- Caída desde una altura: puede ser porque la parte superior de la escalera se desliza hacia un lado debido a un apoyo inestable, la escalera esté mal colocada, el viento, el usuario se desplace hacia un lado, etc o porque el pie de la escalera por falta de calzado antideslizante, terreno inclinado o inestable, etc.

- Se pueden producir atrapamientos cuando se abre una escalera extensible: pasa porque se desengancha la unión de las cabezas de una escalera de tijera o transformable, o se rompe la cuerda de la escalera mientras está en uso.
- Caída de objetos sobre otras personas: Para realizar algunas tareas, puede ser necesario el uso de herramientas o materiales que pueden caer de la escalera sobre los trabajadores que los asisten y el resto de la población.
- Contactos eléctricos directos o indirectos: producidos por trabajar cerca de instalaciones eléctricas utilizando escaleras metálicas.

2-Las medidas cautelares incluyen.

- Los escalones, vigas y zapatas deben inspeccionarse antes de iniciar cualquier trabajo para determinar su estado. Si se encuentra algún desperfecto que pueda suponer un riesgo para la seguridad, no se debe utilizar.
- Para asegurarse de que la base está correctamente asentada, se debe verificar su estabilidad antes de su uso.
- Debe asegurarse de que los escalones y las suelas de los zapatos estén secos y sin materiales resbaladizos.
- Nunca se deben pintar las escaleras, ya que hacerlo podría encubrir problemas que deben tenerse en cuenta. Solo se permite el uso de barnices transparentes.
- No se utilizarán cuando el tiempo no sea bueno.
- No más de un individuo los utilizará a la vez.

5 Discusión-Conclusión

El calefactor por el bajo nivel de riesgo en relación con la frecuencia, altura y duración de los trabajos a realizar, así como por las características del lugar donde se realizarán. Se debe considerar cuando se decide que se requiere su uso, las precauciones de seguridad antes mencionadas además de las especificaciones de cada fabricante.

Cuando otras herramientas de trabajo más seguras, como andamios o plataformas elevadoras móviles para personas, no sean apropiadas, solo se debe usar una escalera.

Se debe capacitar a los trabajadores del personal de mantenimiento como son los calefactores, electricistas y pintores en el uso correcto y adecuado de las escaleras para reducir este tipo de riesgos y prevenir accidentes que puedan tener graves repercusiones para ellos, para sus compañeros de trabajo y los pacientes del hospital.

6 Bibliografía

- 1-[www.insst.es/documents/94886/375493/Folleto.+Empleo+seguro+de+las+escaleras+de+mano+-+A%C3%B1o+2012+\(en+cat%C3%A1logo\).](http://www.insst.es/documents/94886/375493/Folleto.+Empleo+seguro+de+las+escaleras+de+mano+-+A%C3%B1o+2012+(en+cat%C3%A1logo).)
- 2-[www.insst.es/documents/94886/327166/ntp_239.pdf/c0e26253-5bed4177-93da-644b921956c8.](http://www.insst.es/documents/94886/327166/ntp_239.pdf/c0e26253-5bed4177-93da-644b921956c8)

Capítulo 462

LOS GRUPOS ELECTRÓGENOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS POR EL PERSONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO PERTENECIENTES A GESTIÓN Y SERVICIOS

LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO

MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA

JUAN GIJÓN MERCHAN

PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES

JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO

1 Introducción

El grupo electrógeno es una instalación eléctrica que mueve un generador eléctrico usando un motor de combustión interna. Principalmente, el grupo electrógeno transforma la capacidad calorífica en primero energía mecánica y después en energía eléctrica. Sus componentes más esenciales son el motor y el alternador, aparte de otros, que también son imprescindibles, tales como; el depósito de combustible, el panel de control la batería, y el silenciador, lo normal es que se alimenten de combustibles como el gas natural, el biogás y el diésel. Los

grupos electrógenos suelen ser usados en sitios donde no hay acceso al sistema general de electricidad, o cuando se producen cortes frecuentes del suministro eléctrico, y en aquellos en los que el suministro de electricidad ha de ser continuo como es el caso de los hospitales.

Los centros hospitalarios son edificios fundamentales para la atención sanitaria, y para poder garantizar el buen funcionamiento de sus servicios se hace necesario que siempre tengan acceso a fuentes fiables de corriente eléctrica. Si se produce un corte de energía del suministro eléctrico puede resultar un gran riesgo, ya que paralizan la iluminación, los sistemas de ventilación, quirófanos, servicios de radiología, los sistemas de monitorización de pacientes y muchos otros dispositivos sanitarios. En este punto cobran mucha importancia los grupos electrógenos y/o generadores eléctricos, ya que son una solución de respaldo imprescindible además de crucial para garantizar el suministro eléctrico y así la continuidad del cuidado de pacientes y usuarios. Los responsables de su mantenimiento son los profesionales electricistas y mecánicos de los centros hospitalarios.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de los grupos electrógenos en el suministro fiable de electricidad de los centros hospitalarios
- Describir las funciones y las tareas desarrolladas por parte del profesional electricista y mecánico en el mantenimiento de los grupos electrógenos.

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: “grupo electrógeno en hospitales”.

4 Resultados

Los grupos electrógenos están programados para activarse automáticamente en los casos en que el suministro de energía general sufra un corte y así se garantiza suministro eléctrico de forma continua y fiable. Estas instalaciones tienen unos

dispositivos que detectan la pérdida de la red activando el grupo electrógeno al instante, sufriendo ningún periodo de pérdida de suministro.

La relevancia de los grupos electrógenos de los centros hospitalarios es innegable. Al tener un suministro eléctrico continuo ante posibles cortes eléctricos, situaciones de emergencia, los servicios sanitarios pueden seguir funcionando ininterrumpidamente, y así asegurar la atención necesaria a los pacientes sobre todo cuando se trata de pacientes en situación crítica.

El mantenimiento de los grupos electrógenos por parte de electricistas y mecánicos de los centros hospitalarios es básico para garantizar su correcto funcionamiento en caso de emergencia. Estos profesionales tienen que tener en cuenta distintos aspectos cuando vayan a realizar el mantenimiento:

La realización de un mantenimiento preventivo periódico, incluyendo la revisión del motor, del sistema de control, del alternador, sistema de arranque y el sistema que carga las baterías. Realizarán tareas como: limpieza general del grupo electrógeno, revisión de temperatura, revisión de niveles de aceite y agua, cambiando el aceite del motor y sus necesarios cambios de filtros, de correas, la revisión de las baterías y de contactos eléctricos, entre otras.

Deberán hacer inspecciones periódicas que permitan la detección de posibles averías y su reparación inmediata lo antes posible. Realizarán pruebas de carga, comprobaciones de conexión con la red eléctrica hospitalaria, de normativas y especificaciones, así como elaborar un plan de contingencia, para que si el grupo electrógeno falla, poder adoptar las medidas necesarias en caso de emergencia, identificando los equipos y aparatajes médicos críticos.

5 Discusión-Conclusión

Los grupos electrógenos son la solución de respaldo fundamental de los centros sanitarios y hospitalarios, ya que aseguran un suministro de electricidad tanto continuo como fiable en situaciones de cortes de suministro eléctrico de la red principal. Estos sistemas generan energía, ya que se activan de forma automática, garantizando que los servicios sanitarios no se vean afectados por la falta de energía en ningún momento ya sí garantizando una asistencia de calidad al paciente, sobre todo en situaciones vitales críticas.

El profesional electricista y mecánico es el encargado de la aplicación del mantenimiento de los grupos electrógenos y el que ha de garantizar el correcto funcionamiento de los mismos.

6 Bibliografía

1. Preguntas frecuentes acerca de grupos electrógenos estacionarios PRAMAC [Internet]. Pramac.com. [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.pramac.com/es_ES/aboutstationarygenerators
2. Qué es un grupo electrógeno [Internet]. Autosolar.es. [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://autosolar.es/aspectos-tecnicos/que-es-un-grupo-electrogenero>
3. Wikipedia contributors. Grupo electrógeno [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Grupo_electr%C3%B3geno&oldid=151551204

Capítulo 463

LA ELECTRICIDAD CONCEPTOS, FENÓMENOS Y MAGNITUDES ELÉCTRICAS, CONOCIMIENTOS BÁSICOS PARA EL PROFESIONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO PERTENECIENTE A LA CATEGORÍA DE GESTIÓN Y SERVICIOS, EQUIPO DE MANTENIMIENTO

PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES

JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO

LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO

MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA

JUAN GIJÓN MERCHAN

1 Introducción

La electricidad es una forma de energía que está presente en la mayoría de las actividades del ser humano dentro de la sociedad desarrollada, ya que inmensa

parte de los aparatos y maquinaria que utilizamos en nuestra vida cotidiana funcionan a base de electricidad (desde máquinas y herramientas de trabajo hasta otros aparatos de menor consumo domésticos).

La energía eléctrica es producida en las centrales eléctricas en base a la transformación de la energía primaria ya sea térmica, hidráulica, nuclear, solar, eólica, etc. Desde allí se transporta mediante las diversas redes eléctricas hacia las industrias, fábricas y núcleos de población, que la transforman en formas de energía, llamada energía secundaria, como son; la luz, el calor, el movimiento, el sonido, la mecánica, etc.

El orden sería la transformación de la energía primaria en energía eléctrica y ésta última en energía secundaria.

Al movimiento de las cargas eléctricas mediante un hilo conductor se le denomina como corriente eléctrica, la cual es producida cuando se ponen en contacto dos elementos con distinta carga potencial. Hay diferentes tipos de corriente eléctrica y muchos conceptos que son básicos y primordiales para entender la electricidad y así poder poner en práctica dichos conocimientos en su categoría profesional como electricista y mecánico pertenecientes al grupo de gestión y servicios hospitalarios.

2 Objetivos

Explicar en qué consiste la electricidad y los conceptos básicos de la misma para poder trabajar como electricista y mecánico formando parte del equipo de mantenimiento hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se puede obtener energía eléctrica a través de las siguientes formas:

- A partir de la reacción química: consiste en sumergir dos metales diferentes dentro de una disolución apropiada, que producen una determinada reacción química y al mismo tiempo se genera la electricidad, este es el principio fundamental de las baterías y pilas.
- A través de la inducción electromagnética: cuando se mueve un conductor dentro de un campo magnético se produce una corriente eléctrica dentro del conductor, la corriente se mantiene si el conductor y/o el imán siguen en movimiento, este es el fundamento de los alternadores y las dinamos.
- A partir de luz: hay metales que desprenden electrones cuando la luz solar se refleja sobre ellos, si los electrones se hacen circular a través de un hilo conductor, se obtiene corriente eléctrica. Este es un fenómeno denominado como efecto fotoeléctrico y es en el que se basan las estructuras de las células fotovoltaicas (los paneles solares). La carga eléctrica es el número de electrones que en exceso (carga negativa) o en su defecto (carga positiva) un cuerpo posee, ésta unidad de carga se mide en culombios.

La corriente eléctrica es el desplazamiento continuo y ordenado de los electrones dentro de un conductor, dependiendo de la estructura atómica del material se determina la facilidad de desplazamiento de los electrones por el mismo. Por ello hay una clasificación de materiales:

En función de esto distinguimos materiales:

- Materiales conductores: son los que dejan que los electrones se muevan con libertad de átomo en átomo a lo largo del material, permitiendo el paso de la corriente.
- Materiales aislantes: son los que en sus átomos retienen a los electrones dentro de sus órbitas y no les permiten circular libremente, es por ello que son malos conductores de electricidad, como por ejemplo el plástico, la madera, el vidrio, etc.
- Materiales semiconductores: tienen propiedades intermedias entre los aislantes y los conductores, los más utilizados son el germanio y el silicio, con ellos se fabrican dispositivos electrónicos como los microprocesadores, circuitos, el diodo, etc.

5 Discusión-Conclusión

Resaltamos la ventaja en que la electricidad es transformada en diferentes formas de energía, al igual que la sencillez con la que se puede generar y transportar hacia los diferentes centros de consumo. Pero también tiene varios inconvenientes: en las centrales térmicas se produce una gran cantidad de humos y de

emisiones que contaminan; en las centrales nucleares, hay mucho riesgo de accidentes graves, además de que se genera un gran volumen de residuos de difícil eliminación; las instalaciones hidráulicas alteran de forma importante los ríos, mares... El transporte y distribución también produce gran impacto ecológico ya que producen deforestación y también el riesgo de incendio que pueden provocar la caída de cables sobre la vegetación.

6 Bibliografía

1. Qué es la electricidad: aprende sobre electricidad básica [Internet]. Aprende Institute. 2021 [citado el 30 de julio de 2023]. Disponible en: <https://aprende.com/blog/oficios/instalaciones-electricas/que-es-la-electricidad/>.
2. Planas O. ¿Qué es la electricidad? 2023.
3. Flores G. Qué es y cómo se genera la electricidad [Internet]. Aura-energia.com. Aura Energia; 2018 [citado el 30 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.aura-energia.com/que-es-y-como-se-genera-la-electricidad/>.

Capítulo 464

EL PERSONAL SUBALTERNO EN LAS PLANTAS DE MEDICINA INTERNA. FUNCIONES AUXILIARES DEL CELADOR AL RESTO DE CATEGORÍAS PROFESIONALES

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ

ANTONIO RODRIGUEZ MÁRQUEZ

ALEJANDRO ANGEL GIL

MARÍA ELENA ÁNGEL GIL

1 Introducción

La medicina interna es la rama de la medicina encargada de estudiar, atender, tratar y curar aquellas enfermedades que afectan a diferentes órganos del cuerpo humano. Otra actividad de esta especialidad médica es el tratamiento de enfermedades sistémicas.

Se entiende como enfermedades sistémicas aquellas enfermedades que afectan a la totalidad del cuerpo.

Los médicos encargados de la medicina interna son conocidos como médicos internistas, lo que hay que diferenciar de médico interno, puesto que los médicos internos son aquellos médicos que están cursando la residencia.

Los médicos internistas reúnen las funciones y capacidades de varias especialidades médicas, es por ello que los médicos que se ocupan de las unidades de cuidados intensivos sean médicos internistas.

Al ser una rama especializada en tratar diferentes órganos del cuerpo humano, la edad de pacientes ingresados en las plantas de hospitalización es muy amplia, por lo que la actuación del equipo será muy variada.

Algunas de las funciones de la medicina interna buscan lograr una serie de objetivos, por lo que las actividades del equipo asistencial estarán relacionadas con la consecución de esos objetivos. Los objetivos que conseguir son:

- Detectar enfermedades comunes.
- Mejorar los hábitos de vida saludable de los pacientes.
- Dirigir al enfermo durante el tratamiento de su enfermedad.

2 Objetivos

- Conocer algunos conceptos relacionados con la medicina interna.
- Detallar las funciones auxiliares del equipo de celadores en las plantas de medicina interna al resto de categorías profesionales.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los celadores de la planta de medicina interna deberán realizar funciones generales, es decir, funciones que se realizan en cualquier servicio en el que desarrolle su actividad profesional el celador. Y funciones específicas de la planta de medicina interna.

Funciones específicas de la planta de medicina interna.

Los celadores que desarrollan su actividad profesional en las plantas de hospitalización de medicina interna realizarán aquellas funciones que le sean ordenadas por el resto de las categorías profesionales, por lo que deberán reunir las capacidades y competencias necesarias para la realización de dichas funciones. Bien es de saber, que los celadores son personal no sanitario, por lo que bajo ningún concepto le podrán ser ordenadas funciones ajenas a su categoría profesional o que suponga hacer uso de material sanitario sobre el cuerpo del paciente.

Funciones generales igualitarias al resto de unidades.

- Funciones realizadas a primera hora.
- Comprobación del estado de las balas de oxígeno de la planta, reemplazando las balas vacías por unas llenas.
- Traslado de la ropa desde el servicio de lencería hasta la planta.
- Recogida del material enviado al servicio de esterilización.
- Funciones realizadas a lo largo de la mañana.
- Aseo diario de los pacientes que requieran ser movilizados. Al ser una planta con una amplia variedad de edades, es frecuente que el celador tenga que auxiliar en muy pocas ocasiones al tcae durante el aseo, puesto que gran parte de los pacientes son pacientes independientes.
- Traslado de pacientes a la realización de pruebas exploratorias.
- Traslado de pacientes a la realización de pruebas diagnósticas.
- Traslado de pacientes al servicio de rehabilitación.
- Funciones realizados a lo largo del día.
- Traslado de pacientes a la realización de pruebas de urgencias.
- Traslado de muestras biológicas al servicio de anatomía patológica y a los laboratorios de bioquímica, microbiología y hematología.
- Cambio de pañal.
- Realización de cambios posturales a los pacientes encamados.
- Ayudar en el amortajamiento de los pacientes fallecidos.
- Traslado del paciente fallecido hasta el mortuario.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El personal subalterno en las plantas de medicina interna. Funciones auxiliares del celador al resto de categorías profesionales” nos demuestran una vez más la importancia de la actividad del celador para el correcto funcionamiento de un servicio en el ámbito sanitario.

Es muy importante para el celador que se le reconozca su buena labor, sin embargo, sería más importante si las autoridades competentes en el ámbito de la sanidad crearán una formación académica reglada para que los celadores mejoren sus competencias y puedan realizar otras actividades sanitarias para las cuales se encuentran preparados.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriátricos. España. Formación continuada Logoss. 2013.
3. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.
4. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
5. RODRIGUEZr,F., CASTRO, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018.
6. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021 <https://www.unidadmedica.com/blog/medico-internista-ques-y-funciones/>.

Capítulo 465

EL PINCHE DE COCINA Y LA CLASIFICACIÓN DE MENAJE Y ÚTILES EN UNA COCINA HOSPITALARIA

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

RAQUEL CÓZAR GARCÍA

CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES

1 Introducción

Los pacientes que ingresan en un hospital deben seguir un plan de dieta estricto para poder recuperarse. Los servicios de alimentación de los hospitales deben proporcionar a los pacientes una dieta nutritiva adaptada a sus necesidades individuales porque cuando las personas están enfermas, su sistema inmunológico se debilita y son más susceptibles a infecciones y enfermedades.

El personal de cocina de un hospital debe conocer las características que distinguen a los distintos tipos de alimentos, así como su distribución y transporte. Para preparar menús mientras se trabaja en una cocina, es importante comprender la terminología fundamental y cómo operar los diversos equipos y herramientas.

El pinche de cocina en el campo médico realiza una variedad de tareas, como limpiar y preparar los alimentos para su posterior cocción, pelar y picar alimentos como verduras, carnes y pescados, ayudar en la preparación de platos particulares, emplatar y ayudar en la limpieza y mantenimiento de los equipos y utensilios de cocina, entre otras.

Los pinches de cocina del hospital solo deben utilizar equipos que sean apropiados para los alimentos que se están preparando, así como equipos que estén completamente limpios para evitar contaminaciones accidentales en el futuro.

En este trabajo se tratarán las principales responsabilidades de un pinche de cocina en la cocina de un hospital, así como los utensilios y utensilios de uso frecuente.

2 Objetivos

Definir términos básicos, enumerar los diferentes tipos de utensilios para trabajar, dar a conocer sus características y principal función y concienciar la importancia del uso de la prevención de riesgos en el 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

Los utensilios de cocina deben tener algunas cualidades específicas para ser utilizados en una cocina, que incluyen ser irrompibles, no porosos, fáciles de limpiar y desinfectar, resistentes a la corrosión y no tóxicos.

A continuación se enumeran las herramientas que un pinche de cocina de un hospital utiliza con más frecuencia.

- **CUCHILLO.**

Actualmente existen más de 30 modelos de cuchillos diferentes, algunos de los cuales son bastante especializados y solo se utilizan para trabajos particulares.

Los más conocidos son:

- Cuchillo para verdura: Esta hoja, que tiene una punta muy afilada y mide unos 9 a 10 cm, es perfecta para pelar verduras.
- Un cuchillo cebolla, que tiene una hoja de unos 20 cm de ancho y se utiliza para picar carne, pescado y verduras.
- Cuchillo deshuesador: se utiliza para deshuesar trozos de carne, como su nombre indica. Curva y delgada componen su hoja.
- Cuchillo para trinchar: para trinchar grandes piezas de carne, con hoja flexible de 20 cm de largo, 20 cm de ancho y 20 cm de ancho.

Para cortar jamón o trozos de carne sustanciales, utilice un cuchillo jamonero. Su hoja larga, delgada y flexible facilita el rebanado y el corte.

- Cuchillo para salmón o carpaccio: similar a un cuchillo jamonero, pero con la punta redondeada y alvéolos que se desenganchan de la hoja para facilitar el corte de los alimentos.
- Cuchillo para pan: hoja larga y robusta con filo dentado para cortar fácilmente la corteza del pan.
- Cuchillo para queso con hoja lisa y perforaciones.

• OLLA Y SARTÉN.

Tienen varios tamaños y están hechos para preparaciones particulares. No obstante, también pueden ser de cerámica, aluminio, fundición, arcilla, cobre, vidrio, etc. Lo ideal es que sean de acero inoxidable.

Las ollas más populares son la olla común, la olla sopera, la olla tipo brasero, la olla para pasta, la olla a presión, la vaporera y las ollas para calentar leche.

Las sartenes más típicas son las destinadas a asar, freír, saltear y preparar salsas. Se dan una variedad de materiales, incluyendo plástico, silicona, madera, acero, etc. Las espátulas, cucharones, morteros, moldes, coladores, ralladores, tazas medidoras, arañas, varillas, escurridores, embudos, empalmadores, mandolinas y otras herramientas son las más utilizadas.

Todos y cada uno de los equipos que utiliza el asistente en la cocina del hospital deben estar impecables, desinfectados y en excelentes condiciones de funcionamiento.

Debe evitarse la contaminación cruzada directa e indirecta.

5 Discusión-Conclusión

En la cocina de un hospital la higiene es el principal objetivo de la seguridad alimentaria. Un usuario puede intoxicarse con alimentos por un simple descuido

en la limpieza de una herramienta o en el proceso de preparación de alimentos, lo que contamina esas cosas y fomenta el crecimiento de bacterias.

Debido a la situación potencialmente delicada que pueden presentar muchos pacientes, es crucial que las herramientas y utensilios de cocina existentes se utilicen correctamente en la industria de la salud para evitar futuras contaminaciones cruzadas.

Se concluye que para prevenir posibles golpes y cortes, los pinches de cocina deben recibir formación, instrucciones claras sobre sus funciones e información sobre los posibles riesgos laborales relacionados con el uso de utensilios de cocina.

6 Bibliografía

1. <https://www.delsys.net/garantizar-higiene-seguridad-cocinas-centrales>.
2. <https://gastronomicainternacional.com/articulos-culinarios/todos/la-bateriade-cocina-ollas-y-sartenes-2>.
3. <https://www.alambique.com/blog/guias-cuchillos-cocina-tipos-n201>.

Capítulo 466

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y SUS FUNCIONES EN UNA DIETA SIN RESIDUOS

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

RAQUEL CÓZAR GARCÍA

CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

1 Introducción

La dieta sin residuos se usa para preparar el intestino para procedimientos como colonoscopias y cirugías. Con menos desechos fecales en el intestino, será más sencillo ver y llegar a cualquier área que requiera examen o tratamiento.

La dieta cero residuos incluye alimentos bajos en fibra, bajos en grasas y bajos en proteínas y restringe la ingesta de lácteos y cafeína. El caldo de pollo magro, el puré de manzana sin piel, el arroz blanco y las papas hervidas son algunos de los alimentos que se recomiendan en esta dieta.

Al preparar comidas que satisfagan las necesidades nutricionales específicas de la dieta, el pinche de cocina puede desempeñar un papel importante en el desarrollo de una dieta sin residuos.

Es crucial recordar que la dieta sin residuos solo debe seguirse estrictamente de acuerdo con el consejo médico y durante un corto período de tiempo, ya que la eliminación prolongada de alimentos ricos en fibra y nutrientes puede tener efectos perjudiciales para la salud. Antes de comenzar una dieta sin residuos, es crucial hablar con un médico o un nutricionista para asegurarse de que se satisfagan todas sus necesidades y que cualquier riesgo potencial para la salud sea el mínimo posible.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es explicar las funciones del pinche de cocina en la elaboración de una dieta sin residuos.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se realizó una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente, así como una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados.

4 Resultados

Se puede crear una dieta sin residuos de las siguientes maneras:

El pinche de cocina puede colaborar con el equipo de nutrición para planificar menús que sean apropiados para la Dieta Residuo Cero. Pueden ayudar a elegir alimentos bajos en fibra y grasas, y pueden crear recetas deliciosas y fáciles de digerir.

Preparación de alimentos: El pinche de cocina puede ser el encargado de preparar las comidas para la dieta cero desperdicio. Esto puede implicar picar y pelar productos, cocinar pescado y carne magra, y hacer purés y sopas de verduras.

Garantizar la higiene: cuando se trabaja para preparar alimentos para la dieta de desperdicio cero, el pinche de cocina también puede asegurarse de que se mantengan altos estándares de higiene. Para hacer esto, puede limpiar y desinfectar los utensilios y superficies de su cocina y tratar de evitar la contaminación cruzada.

Vigilar la ingesta de líquidos: la dieta cero residuos puede restringir la ingesta de líquidos, y el pinche de cocina puede colaborar con el equipo de nutrición para asegurarse de que se satisfagan las necesidades específicas de cada persona. Para

ayudar a satisfacer las necesidades nutricionales, esto puede implicar preparar alimentos que contengan líquidos, como sopas y purés de verduras.

Control de porciones: El pinche de cocina puede modificar las porciones de alimentos para satisfacer las necesidades únicas de cada persona mientras sigue la Dieta Cero Residuos. Para asegurarse de que se satisfagan los requisitos nutricionales de cada persona durante la dieta, pueden colaborar estrechamente con el equipo de nutrición.

En conclusión, el pinche de cocina puede desempeñar un papel importante en la creación de una dieta sin desperdicios al colaborar con el equipo de nutrición para planificar y preparar comidas que sean apropiadas para la dieta, garantizar la limpieza y la seguridad alimentaria, y modificar las porciones y la ingesta de líquidos en función de las necesidades individuales.

5 Discusión-Conclusión

Asegurarse de que la comida sea fácil de digerir y se prepare de manera segura e higiénica es una sugerencia clave para el pinche de cocina al crear una dieta sin residuos. Deben elegir cuidadosamente la comida, prepararla de manera que el paciente la disfrute y estar al tanto de cualquier restricción dietética. Para garantizar que se cumplan los requisitos específicos de cada persona para la dieta cero residuos, también deben colaborar estrechamente con el equipo de nutrición. Para evitar la contaminación y garantizar que los alimentos sean seguros para comer, es crucial que el ayudante de cocina preste atención a la higiene y seguridad de los alimentos.

6 Bibliografía

1. Callejas, M. J. G. (2013). Gestión de la seguridad alimentaria en cocinas hospitalarias. AENOR-Asociación Española de Normalización y Certificación.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 467

LA IMPORTANCIA DEL EMPLATADO POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

RAQUEL CÓZAR GARCÍA

CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES

1 Introducción

Para realizar el emplatado correctamente y evitar errores o contaminación, es fundamental planificar, organizar y gestionar el proceso con anticipación.

La ocupación de la placa requiere la plena participación de cada profesional que está de guardia, y esto es fundamental. Esta tarea se realiza después de haber elaborado todos los diferentes menús o comidas. Los delegados están organizados y ubicados específicamente para garantizar que todo vaya de acuerdo con la estructura y el plan para ese turno de comida, ya que este proceso se lleva a cabo en cadena. Son necesarios la asignación de tareas, acoplamiento y montaje de la cinta, mantenimiento y revisión de protección de la temperatura de las mesas destinadas a alimentos calientes para que no pierdan funcionalidad a la hora de

servir los alimentos, emplatado y distribución de bandejas antes del emplatado, como ya hemos comentado.

Los dos turnos necesarios para cubrir y atender las necesidades de la institución hospitalaria están cubiertos por el mismo procedimiento. Esto se completa cuatro veces al día: para el desayuno, el almuerzo, un refrigerio a media tarde y luego la cena. No debe haber lugar para sorpresas durante la fase de planificación porque un error puede deshacer el trabajo de todo el día. Todo debe estar planificado y estructurado. El revestimiento se realiza sobre lo que comúnmente llamamos "cinta", una superficie similar a una mesa que suele estar disponible en todos los hospitales.

2 Objetivos

Dar a conocer la estructura de trabajo y organización de la gestión a la hora de emplatar que se debe llevar a cabo por parte de los pinches.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como se mencionó anteriormente, una vez que todo está listo, el personal traslada las bandejas correspondientes a las mesas calientes, llamadas así por la tarea que realizan, donde esperan a ser atendidos. Las mesas están dispuestas de la siguiente manera:

Se necesitará el trabajo de ocho pinches, colocados estratégicamente del primero al último de la cadena, en el almuerzo y la cena, si es posible, para que todo esté organizado y nunca falte personal. Las bandejas, el pan, los cubiertos y la etiqueta se pasarán a la siguiente persona después de la primera persona en el puesto. Si ese día coincide, los siguientes de la cadena tendrán las ensaladas y los postres. El siguiente en la fila será el encargado de los platos principales o base, seguido del encargado del segundo plato del menú correspondiente, y la siguiente casera estará a cargo de la fruta.

Con el trabajo de siete pinches, nos quedaríamos sin espacio para completar los ocho, que se colocarán aproximadamente en el medio de la línea de montaje para que sean un refuerzo en caso de que falte o ocurra algún incidente. Una vez iniciada la línea de montaje, ningún profesional podrá moverse de ella. Finalmente, encontramos el final de la cadena donde habrá un pinche que se encargará de tapar la bandeja y colocarla en el carro correspondiente.

Durante el desayuno y entre comidas:

En esencia, todo es igual para los desayunos y meriendas, a excepción del producto alimenticio a servir, que se ha cambiado porque requiere menos preparación y logística que el almuerzo y la cena. En la línea de montaje, solo se requiere un profesional para colocar las bandejas; el siguiente se encargará de las mermeladas, mantequillas o infusiones; el tercer pinche se encargará de la leche, jugos, etc. los yogures, bollería y demás elementos serán asignados por otro este último se encargará de tapar las bandejas y colocarlas en el carro correspondiente. Este proceso se vigilará de cerca para garantizar que cada etiqueta se entregue desde la habitación adecuada hasta el lugar que corresponda a cada paciente.

Una vez que los pinches designados hayan terminado de distribuir los carros, los trabajadores restantes en la cocina se encargarán de recolectar, almacenar y limpiar. También se encargarán de preparar o cambiar las dietas y los ingresos posteriores que se deriven.

Cabe señalar que este trabajo o función se realiza en completo silencio porque, para que todo funcione sin problemas, un pinche nombrará la etiqueta y los demás deberán escuchar con atención para no cometer errores. Deben usar guantes, mascarilla, gorro y el cabello debe estar recogido hacia atrás de acuerdo con las normas de higiene.

5 Discusión-Conclusión

Como resultado, enfatizamos cuán crucial es que cada eslabón de la cadena de emplatado funcione de manera correcta y productiva. Aunque esto dependerá del número de pacientes presentes en ese momento, el tiempo estimado para esta línea de montaje de bandejas o cintas es de entre una hora y una hora y media.

En cuanto al número de pinches mencionado anteriormente, está de más decir que también dependerá del número de empleados o del número de camas del establecimiento donde se realice el trabajo.

En cuanto a las funciones del personal destinado allí, es fundamental que cum-

plan con las normas de higiene, las pautas y el método de trabajo creado por el pinche de cocina para garantizar que todo transcurra sin problemas y el servicio de alimentos no se vea afectado.

6 Bibliografía

1. <https://asgscampogibraltaroste.es>
(pdf).
2. <https://congresosicepa.com>.
3. [www.ayudante de cocina-educaweb.com](http://www.ayudante-de-cocina-educaweb.com).
4. <https://www.institutomaspascualsanz.com>.

Capítulo 468

EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE PSQUIÁTRICO

NOELIA VILLALBA ALFARO

ALEJANDRO VILLALBA ALFARO

VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA

ANA MARÍA VALLE DÍAZ

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

1 Introducción

Los cambios en el estado de ánimo, la cognición o el comportamiento que están influenciados psicológicamente por las emociones, el comportamiento, el lenguaje, etc. se conocen como enfermedades mentales y a sus actividades diarias debido a su incapacidad para adaptarse a su entorno. En algún momento de su vida adulta, alrededor del 50 % de las personas experimentarán una enfermedad mental, y el 50 % de esas personas exhibirán síntomas graves o moderados que requerirán asistencia profesional y, en circunstancias extremas, como cuando la persona tiene tendencias suicidas, admisión. Es fundamental fomentar la empatía en el cuidado de una persona con enfermedad mental. Dado que esto es lo que debe enfrentar un celador de acuerdo con su rol y debido a las circunstancias únicas asociadas con estos pacientes, debe tomar medidas para crear un ambiente cómodo, abstenerse de emitir juicios y no tener elementos que le generen estrés o ansiedad.

Tenga mucho cuidado porque a veces sus reacciones pueden ser impredecibles y pueden ocurrir momentos llenos de peligro. La clave para que un portero desempeñe sus funciones profesionalmente dentro del ámbito de su puesto es tener una comprensión básica de algunos de los desafíos que podemos encontrar y actuar adecuadamente cuando sea necesario.

2 Objetivos

- Describir los pasos que se deben tomar para contener a un enfermo mental durante una crisis antes de que ocurra.

3 Metodología

Como parte de la investigación para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica actualmente publicada. Las bases de datos principales, 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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como "un estado de bienestar en el que una persona es consciente de sus propias capacidades, es capaz de hacer frente a las tensiones típicas de la vida y es capaz de trabajar", impactar productiva y positivamente a la sociedad. Dependiendo de cuántas personas puedan obtener ayuda profesional, se estima que el 50% de los adultos experimentará algún tipo de enfermedad mental y que solo el 20% de los afectados lo hará estar completamente curado o al menos mejorar su calidad de vida. El trauma, los antecedentes familiares, el estilo de vida, el uso de drogas y otros factores pueden tener un impacto en la salud mental de una persona. Aunque normalmente comienza en la adolescencia, puede comenzar a cualquier edad y durar hasta la vejez o adultez temprana, por lo que es importante buscar ayuda si se siente deprimido, triste, con pensamientos suicidas o actos de violencia, enojado, hostil, etc. Estos hechos nos permiten continuar mencionando algunos entre los trastornos mentales más prevalentes, en pacientes hospitalizados, se pueden identificar con precisión, conocer el tratamiento más adecuado a la situación, y seguir siempre las indicaciones del especialista en salud.

Trastornos del sistema nervioso que afectan la memoria, la percepción, el lenguaje, el pensamiento y el juicio. La edad es el factor principal. El Parkinson, el Alzheimer y la demencia se incluyen en esta categoría. Uno de los trastornos más prevalentes en el mundo es la depresión, que se caracteriza por un estado de ánimo persistentemente deprimido acompañado de apatía, falta de motivación y desesperanza. En esta categoría se incluyen el trastorno afectivo estacional, el trastorno disfórico premenstrual y la depresión posparto.

- Trastorno de ansiedad: Las personas con trastornos de ansiedad experimentan agitación, nerviosismo, latidos rápidos del corazón, temblores y otros síntomas del trastorno, que se caracteriza por un miedo excesivo e intenso a situaciones comunes. En esta sección se incluyen la agorafobia, la fobia social, la fobia específica y el trastorno de ansiedad generalizada.

- Trastornos del neurodesarrollo: se caracterizan por una variedad de desafíos con una variedad de habilidades y destrezas que resultan en trastornos del aprendizaje, la comunicación o el movimiento. El autismo y el trastorno por déficit de atención son miembros de este grupo.

El síndrome de Asperger o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) comienzan a manifestarse en la primera infancia.

Trastorno bipolar: algunas personas experimentan una excitación y euforia extremas, mientras que otras experimentan un colapso total, lo que provoca cambios en el comportamiento, los niveles de energía y la actividad.

Dentro de estas psicopatologías se encuentran los trastornos mentales.

Las alucinaciones y los delirios son síntomas que resultan de la pérdida de conciencia de la realidad por parte del paciente.

Trastorno Obsesivo Compulsivo: Esta condición se caracteriza por obsesiones y pensamientos repetitivos que son tan intrusivos que la víctima se siente impotente para detenerlos.

Es posible que una persona desarrolle un trastorno de estrés postraumático si alguna vez ha pasado por una situación terrible.

- Trastorno por uso de sustancias: un trastorno cerebral caracterizado por una adicción descontrolada a sustancias legales e ilícitas, como el alcohol, la marihuana, el tabaco, etc. Esto puede resultar en una pérdida de interés en las actividades, problemas de salud física, modificaciones en el comportamiento, etc. entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Con el fin de dar el mejor servicio y respuesta posible en el trato con los pacientes, fomentando la confianza mutua y atendiendo, el celador que desempeñe sus funciones en la unidad de psiquiatría debe conocer los principales trastornos que se pueden encontrar.

Asegurándole que somos conscientes de cualquier alarma que pueda hacernos creer que el paciente representa una amenaza para él o para los que están cerca. Saber qué enfermedad tiene y cómo tratarla le ayudará a anticipar posibles crisis en el futuro y estar preparado para manejarlas cuando surjan y ser efectivo porque el paciente puede ponerse tenso o nervioso en ese momento, y debido a que puede haber improvisación, un buen entrenamiento es crucial. Dado que el fin último es la protección del paciente y de quienes lo rodean, las medidas que se puedan tomar no deben ser percibidas como un castigo por parte del paciente a su alrededor y a quienes lo cuidan y cuidan, ya que sólo se preocupan por su bienestar y desarrollo psíquico.

6 Bibliografía

1. <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/>.
2. <https://psicologiyamente.com/clinica/tipos-de-enfermedades-mentales>.

Capítulo 469

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN UN QUIRÓFANO

NOELIA VILLALBA ALFARO

ALEJANDRO VILLALBA ALFARO

VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA

ANA MARÍA VALLE DÍAZ

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

1 Introducción

El quirófono de los hospitales es un área o zona donde se realizan todas las intervenciones quirúrgicas, tanto urgentes como las que están programadas. La cirugía es una rama de la medicina que utiliza intervenciones manuales para tratar, mitigar o diagnosticar enfermedades, así como para corregir o mejorar sus posibles secuelas.

Hay muchos tipos diferentes de intervenciones quirúrgicas, que varían en complejidad, pero todas requieren condiciones higiénicas y de esterilización particulares para ser realizadas de manera segura. El quirófono de la unidad quirúrgica es su punto focal. Limitar las áreas, o separar las que se consideran sucias de las que se consideran limpias, es uno de los requisitos que debe cumplir el quirófono. Hacerlo es crucial para mantener una asepsia adecuada en las áreas que se consideran restringidas o estériles.

Aunque debe ser accesible a servicios como la sala de emergencias y la unidad de cuidados intensivos (UCI), el quirófano debe estar alejado del flujo de pacientes que aún están en el centro hospitalario.

Lo mismo ocurre con otros servicios, como los de esterilización, anatomía patológica, laboratorios, radiología, bancos de sangre, etc., que deben contar con un sistema de acceso rápido.

La mejor garantía para el cuidado del paciente es la labor del celador con el resto del equipo quirúrgico, siempre que sea debidamente realizada por cada uno de sus miembros.

2 Objetivos

Recordar la importancia de las funciones de un celador en el quirófano de un hospital, haciendo especial énfasis en el trabajo en colaboración con el equipo del que forma parte.

3 Metodología

Para elaborar el presente capítulo se realizó una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se han consultado los artículos en las principales bases de datos, así como también en internet, mediante el uso de palabras clave.

4 Resultados

En el área de quirófano se utiliza un vestuario alternativo al utilizado por el resto del personal del hospital. La ropa que se usa en el quirófano debe ser de algodón y tener una tela o malla resistente para dificultar el paso de gérmenes, aunque en la sociedad moderna existe una tendencia creciente a utilizar materiales de un solo uso como el papel impermeable, que es un filtro eficaz a través del cual las bacterias no pueden pasar. Los colores más populares para la vestimenta hospitalaria son el verde oliva, el azul verdoso y el verde de quirófano.

Guantes, mascarilla, batas, polainas y gorro forman parte del uniforme quirúrgico.

El Estatuto del Personal No Sanitario al Servicio de las Instituciones de Salud de la Seguridad Social, en su artículo 14, numeral 2, incluye las funciones de los celadores.

Son funciones del celador en el quirófano:

1. el celador de planta recibe misiones con frecuencia.
 2. Introducir y retirar pacientes para procedimientos quirúrgicos, colocándolos dentro y fuera de la mesa de operaciones con la asistencia de personal médico auxiliar (según sea necesario).
 3. Si un enfermo grave necesita una intervención quirúrgica inmediata tras un accidente, y su aseo es insuficiente, el celador ayudarán a lavarlo y prepararlo procurando moverlo lo menos posible, como en el caso de los enfermos de corazón.
 4. El celador debe estar equipado con un uniforme aséptico que incluya una máscara y un gorro antes de ingresar a una sala de operaciones. Permanecerán en la antecámara durante la intervención en caso de que necesiten algo.
 5. Se colocará unos patucos o calzas antes de salir del área quirúrgica.
- Tanto en el manual de protocolo hospitalario como en las normas de quirófano se describen con precisión las funciones y funciones de cada miembro del equipo quirúrgico.

5 Discusión-Conclusión

La mejor garantía para el cuidado del paciente es la labor del celador con el resto del equipo quirúrgico, siempre que sea debidamente realizada por cada uno de sus miembros. La antigüedad y la familiaridad con el ambiente en el que se trabaja contribuyen a la seguridad y eficiencia del trabajo de quirófano. No todos los quirófanos e instalaciones de tratamiento funcionan de la misma manera.

La relación y el nivel de formación de cada miembro, así como su colaboración en beneficio del paciente, determinarán el estándar de atención, la eficacia de una intervención y la satisfacción del paciente. Tanto en el manual de protocolo hospitalario como en las normas de quirófano se describen con precisión las funciones y funciones de cada miembro del equipo quirúrgico. Debido a que las normas establecen los parámetros de ejercicio de cada empleado y la estructura jerárquica requerida para que el departamento desarrolle operaciones seguras y efectivas, deben ser seguidas estrictamente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 470

EL CELADOR Y SU PAPEL EN EL SERVICIO DE INFORMACIÓN

ALEJANDRO VILLALBA ALFARO

VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA

ANA MARÍA VALLE DÍAZ

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

NOELIA VILLALBA ALFARO

1 Introducción

La Orden Ministerial del Estatuto del Personal Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 5 de julio de 1971, recoge los deberes del portero en el artículo 14.2. En una sección posterior de este capítulo, se cubrirán en detalle las responsabilidades del camillero en el servicio de información de un hospital.

Para este papel, también se le conoce como el "Celador de la puerta". En este capítulo, también se discutirán las cualidades de un buen celador, con un enfoque en el elemento humano de la seguridad. Los buenos modales, la cortesía, las habilidades para escuchar y una preocupación sincera por los demás sin ser agresivos o desinteresados son ejemplos de esto. En otras palabras, la profesionalidad del celador en el cumplimiento de su deber es tan importante como su moral. Cualquier profesional puede recibir la educación y las credenciales requeridas para realizar su trabajo, pero la naturaleza humana es diferente.

Es fundamental reconocer las propias carencias profesionales e interpersonales para mejorar. El profesionalismo es más que tener la educación adecuada; también se trata de tratar a los pacientes con respeto y empatía en todo momento. La actitud del celador puede tener un impacto significativo en la calidad de la institución y del servicio.

2 Objetivos

Enumerar las funciones y tareas que determinan el trabajo de un celador en la puerta o servicio de información de 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 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 mostrador de información está ubicado en el medio de cada hospital. Un usuario o paciente es lo primero que ve a su llegada. Normalmente es el celador quien está desarrollando sus funciones en dicho servicio cuando un usuario o paciente contacta por primera vez con el hospital. Es imperativo ser cortés, respetuoso, comprensivo y paciente en esta posición. Además, necesita una perspectiva positiva y un don para el lenguaje. El celador podrá así atender cualquier duda o duda que pueda tener el usuario. Los deberes de un celador de la puerta incluyen lo siguiente.

- Informar a los participantes del cronograma de consultas externas.
- Controlar quién tiene acceso al edificio, evitando el ingreso de personas disruptivas o que se encuentren en situaciones insalubres (como intoxicaciones, suciedad o agresiones).
- Vigilar a los pacientes a medida que salen del edificio; deben mostrar identificación.
- Llevar las correspondientes pegatinas identificativas cuando acompañe a los pacientes al Servicio correspondiente.

- Organizar y recopilar toda la correspondencia diaria, tanto interna como externa.
- Controlar el correo interno.
- Proporcionar sillas de ruedas a quienes las necesiten para que puedan desplazarse por los terrenos del hospital.
- Mantener su lugar de trabajo y sus alrededores en silencio.
- Describir al usuario cómo utilizar el dispositivo que se ha puesto a su disposición para acceder al ticket de consulta.
- Ubicar las salas de espera, las cafeterías, los baños, los servicios de citas y las instalaciones de atención al paciente para que los visitantes puedan utilizarlos sin restricciones.
- Cuando surja una circunstancia que requiera su asistencia, notifique a seguridad.
- Dados los antecedentes culturales de la persona, hablele de una manera que sea apropiada para ella.
- Si tiene alguna duda, pregunte a un compañero o superior antes de proporcionar información inexacta o engañosa a un usuario.

5 Discusión-Conclusión

La primera persona con la que interactúa un paciente o usuario cuando ingresa a un centro de salud es el celador. Debe ser diplomático, poseer un don para el lenguaje y mostrar consideración por las dudas y preocupaciones expresadas. Debe priorizar la realización de una evaluación imparcial de las demandas que le hacen los usuarios para poder responder a las mismas con el máximo respeto y pericia. Es imprescindible informar de forma confidencial, o solo en la medida en que esté permitido, por el principio de protección de datos. Su objetivo es humanizar la asistencia sanitaria para ofrecer una atención completa y superior. Se da prioridad primero a la persona y sus familias.

6 Bibliografía

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

Capítulo 471

CAMBIOS POSTURALES

MARÍA TRINIDAD SIMÓN COLMENERO

1 Introducción

Desde hace mucho tiempo el reposo en cama se ha convertido en un tratamiento tradicional utilizado habitualmente en las unidades de cuidados intensivos. A razón de estos intervalos tan extensos de descanso total, el enfermo está expuesto a sufrir otro tipo de consecuencias, como son por ejemplo la atrofia muscular, osteoartritis o las úlceras por presión.¹

Cuando el tiempo de reposo es prolongado en el tiempo, la gravedad del cuerpo produce una fuerza sobre algunas partes del mismo resultando lesionadas. Es en ese momento cuando pueden aparecer laceraciones, también llamadas úlceras por presión (UPP)²

La motilidad es un factor muy importante en la vida de todo ser humano, ya que refleja salud y bienestar; por eso cuando un paciente se encuentra encamado, debemos cuidar los cambios de postura para prevenir futuras complicaciones como las que provocan la UPP.

Las úlceras por presión se definen como “lesión provocada por presión mantenida en una determinada región corporal que resulta en daño al tejido subyacente. Se produce una isquemia del tejido blando por compresión entre dos estructuras rígidas (prominencia ósea y superficie exterior)”¹

Esta clase de heridas las padecen sobre todo enfermos inmovilizados y que además poseen dificultad para la curación de sus heridas. Esto supone un contratiempo para la sanidad, dados los efectos que produce en las condiciones de vida de los pacientes, un alargamiento en el tiempo de hospitalización y un incremento en el coste de la asistencia sanitaria.

Realizando cambios posturales en intervalos de 2-3 horas se alivia la presión de las zonas y por tanto mejora la circulación, lo que favorece el bienestar del paciente y la prevención de la aparición de las úlceras por presión.

2 Objetivos

- Identificar los factores que influyen en la aparición de las UPP.
- Definir los tipos de cambios posturales.
- Establecer aspectos a tener en cuenta a la hora de realizar cambios posturales.

3 Metodología

Para la presente elaboración se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado búsqueda en libros y consultando artículos de las principales bases de datos Google Académico, Dialnet y Scielo, seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los cambios posturales son los diferentes actos que se realizan para movilizar el paciente que está encamado y que no puede hacerlo por sí mismo.

Los cambios posturales tienen por objeto:

- Impedir la aparición de las úlceras por presión.
- Favorecer el curso de la sangre en las zonas de contacto.
- Aportar bienestar al enfermo.
- Favorecer la eliminación de secreciones.
- Tonificar la musculatura y evitar la pérdida de masa muscular.²

Los cambios posturales son los siguientes:^{2,3}

1. Decúbito supino: el cuerpo está en plano horizontal, se coloca al paciente boca arriba, apoyado sobre su espalda. Para que esté más cómodo y evitar posibles lesiones se colocarán almohadas debajo de la cabeza, rodillas y pies. Los hombros estarán apoyados y los codos levemente doblados.

2. Decúbito prono: se coloca al paciente boca abajo, con la cabeza ladeada. Se colocan almohadas debajo de la cabeza, abdomen, muslos y piernas.

3. Decúbito lateral: se coloca al paciente sobre un lado, izquierdo o derecho, apoyándolo sobre el hombro y cadera, con la pierna superior ligeramente flex-

ionada. Se colocará una almohada debajo de la cabeza, otra entre las piernas para evitar rozaduras y otra detrás de la espalda formando un ángulo de 45-60 grados.

4. Posición Fowler: se coloca al paciente en posición dorsal de manera que la cabecera de la cama forme un ángulo de 45-60 grados, quedando en posición de medio sentado. Se colocan a su vez almohadas debajo de las rodillas para que estén quedadas flexionadas. Según el grado de inclinación se distingue:

- Fowler baja o semifowler: cuando la inclinación es de 35-45 grados.
- Fowler alta o elevada: cuando la inclinación es de 80-90 grados.

A la hora de realizar los cambios de postura debemos fijarnos:2

- Que no dificulte la ventilación.
- Que no obstruya la circulación.
- Que no se produzca compresión ni tensión sobre ningún nervio.
- Disminuir todo lo que se pueda la presión sobre la epidermis y que el contacto con la superficie en la que se apoyan sea ínfimo.

Para una correcta movilización tendremos en cuenta:1,3

- Programar el desplazamiento.
- Comunicar al paciente los pasos a seguir y animar para que colabore.
- Los profesionales deben situarse a ambos lados de la cama, en función del peso del paciente se hará entre 1 o 2 personas de cada lado y otra sujetará la cabeza.
- Apoyar los objetos cerca del cuerpo manteniendo la espalda recta y flexionando las rodillas y contraer abdominales y glúteos para proteger los ligamentos y las articulaciones de posibles lesiones.
- El personal debe actuar al mismo tiempo, tirando de la sábana hasta colocar al enfermo en la posición deseada, procurando que esta quede bien estirada, ya que las arrugas podrían causar daños.
- Tener precaución si el paciente tiene vías, sondas o cánulas, para prevenir tirones.
- Conocer el estado del paciente, para no llevar a cabo movimientos que le puedan perjudicar.
- Intentar adaptar el horario de los cambios de postura teniendo en cuenta la hora de dormir.

Cabe destacar otro factor importante para la prevención de las UPP y este es la higiene del paciente. Deberá realizarse de manera metódica y concienzudamente haciendo especial hincapié en el secado, ya que la humedad facilita la aparición de úlceras.2

5 Discusión-Conclusión

Es primordial motivar la movilidad de los pacientes encamados, para conservar su bienestar, tanto a nivel físico como psíquico. Los cambios de postura juegan un papel muy importante en la salud de los pacientes que tienen escasa movilidad, ya que cuidan su piel y evitan el daño y el nacimiento de otras enfermedades resultantes de una extensa inactividad.²

Los cambios posturales son imprescindibles y esenciales y tienen que hacerse correctamente, contando con las exigencias y condiciones de cada paciente. Es decir, los cambios posturales son un elemento clave para la prevención de la aparición de las úlceras por presión.²

No menos importante es la repercusión que en proceso de prevención tiene el aseo del paciente, debiendo realizarse cuidadosamente y prestando especial atención al momento del secado, para que no queden zonas húmedas que pueden propiciar la aparición de dichas úlceras.¹

Si la asistencia no se efectúa de forma cuidadosa, las UPP pueden ampliar la hospitalización el paciente lo que produce un aumento de gasto económico de la institución, a la vez que perjudica su calidad de vida.³

El enfermo y su seguridad son el factor prioritario de las instituciones sanitarias, dando un trato superior al realizar sus funciones.

6 Bibliografía

1. Técnicas de movilización de un paciente encamado: cambios posturales [Internet] [citado 3 agosto 2023] Disponible en : <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tecnicas-de-movilizacion-de-un-paciente-encamado-cambios-posturales/>.
2. La necesidad de los cambios posturales en el paciente encamado. [Internet] [citado 3 agosto 2023] Disponible en : <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-necesidad-de-los-cambios-posturales-en-el-paciente-encamado/>.

Capítulo 472

PERSONAL DE MANTENIMIENTO:EL CALEFACTOR Y LA TERMIDINAMICA. BOMBAS DE CALOR

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

1 Introducción

Para garantizar tanto la higiene como la comodidad de los pacientes y el personal, los hospitales deben contar con un excelente control climático. Por ello, el personal técnico de un hospital, como el calefactor, es el encargado de mantener el frío, calor y temperatura del hospital.

El quirófano es el ejemplo más notable de una estancia hospitalaria que requiere una supervisión aún más minuciosa. Se requieren diferentes temperaturas ambientales para varias operaciones, según el tipo.

Los equipos de aire acondicionado utilizan bombas de calor. Aunque también existen bombas de calor que funcionan en ciclo inverso, es decir, extraen calor del edificio y lo transfieren al agua sanitaria para calentarlo gratis, produciendo

aire acondicionado, estas suelen utilizarse para generar calefacción o calentar agua sanitaria.

Las siguientes son las cinco categorías principales de bombas de calor:

- Bomba de calor aire-aire: El calor se transfiere directamente al aire de la habitación que se calienta mediante una .
- Una bomba de calor aire-agua: transfiere el calor del aire a un circuito de agua, que alimenta radiadores de baja temperatura, termoventiladores o termoventiladores o acumuladores de agua caliente sanitaria (ACS).
- Una bomba de calor agua-agua: transfiere calor de un circuito de agua a otro al entrar en contacto con un elemento que puede generar calor (la tierra, el nivel freático, etc.). Es el método que suelen utilizar las bombas de calor geotérmicas.
- Bomba de calor geotérmica: este tipo de bomba de calor extrae energía de la tierra utilizando un fluido caloportador para transferir el calor de la tierra al circuito frigorífico de la bomba.
- Bomba de calor aerotérmica: similar a las bombas de calor aire-aire, este tipo de equipos pueden calentar o enfriar un suelo o incluso producir agua caliente sanitaria (ACS).

2 Objetivos

Conocer qué es la termodinámica, qué son las bombas de calor y de qué partes se componen para que el calefactor de un hospital los arregle de forma adecuada.

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo se ha realizado una investigación utilizando una revisión bibliográfica de la literatura científica ya publicada.

Las bases de datos principales, Pubmed, Medline, Google Scholar y Scielo, se han utilizado para consultar los artículos y realizar una búsqueda exhaustiva de libros.

4 Resultados

La aerotermia industrial se basa en aprovechar la energía (en forma de calor) que podemos encontrar específicamente en el aire, para lo que es necesario utilizar una tecnología particular: las bombas de calor aerotérmicas. Estos, como hemos visto, funcionan para transmitir o evacuar el calor gracias a un circuito y un

refrigerante, que se transforma de gas a líquido bajo la influencia de un compresor y una válvula de expansión. Por otro lado, existen muchos tipos diferentes de bombas de calor, y no todas utilizan energía aerotérmica para funcionar (como veremos a continuación), si bien es cierto que las bombas de calor aerotérmicas son especialmente útiles para elevar más la temperatura del agua. , por lo que normalmente se utilizan para ACS. Además, nos permiten volvernos fríos, lo que aclara su amplia distribución y la confusión entre los dos términos que hemos estado usando.

Las bombas de calor están formadas por un circuito cerrado formado por:, como debe ser conocido por el personal de mantenimiento como los calefactores hospitalarios.

- Compresor, cuya función permite el desarrollo del proceso porque, al disminuir el volumen del gas y elevar su temperatura por encima de la del medio a calentar, facilita la salida de calor del sistema. Por lo general, la energía eléctrica o la energía química (como el gas natural) debe convertirse en energía mecánica antes de usarse para esta tarea.
- Un condensador. El intercambiador de calor, que se encuentra siempre a la salida del compresor y transfiere la energía del vapor del fluido refrigerante al agua del depósito porque es térmicamente más caliente que ésta, siempre está presente. Se condensa y se transforma de nuevo en líquido a medida que se libera la energía.
- "Válvula de expansión.". Componente del circuito por el que circula el fluido refrigerante y que, debido a su cambio de sección, presupone una caída brusca de presión al descender, lo que se traduce en una disminución de la temperatura de evaporación. El trabajo principal de esta válvula es evitar que el líquido llegue al compresor, lo que lo destruiría instantáneamente.
- Un vaporizador. Un segundo intercambiador de calor, situado a la salida de la válvula de expansión, permite el intercambio del fluido refrigerante y el aire ambiente al tener su superficie ampliada por una red de aletas y al bajar la temperatura de evaporación por debajo de la temperatura ambiente. El fluido refrigerante sufre la transformación de este intercambiador de un estado líquido a un estado de vapor saturado.

5 Discusión-Conclusión

Los principios de la termodinámica, que explican cómo es posible utilizar la energía presente en el agua, el aire o la tierra (energía geotérmica), para calentar o enfriar habitaciones más grandes como hospitales, primero explican cómo las bombas de calor ayudan a llevar a cabo la transferencia de energía térmica de un

espacio a otro. Por ello, la bomba de calor es una de las tecnologías que nos permite aprovechar este fenómeno basado en la termodinámica. La energía aerotérmica es el principio físico subyacente.

El compresor, el condensador, la válvula de expansión y el evaporador son las partes de una bomba de calor con las que los trabajadores de mantenimiento, como los calentadores de hospitales, deben estar familiarizados para realizar el mantenimiento adecuado.

6 Bibliografía

1. <https://www.cofrico.com/consejos-tecnicos/que-es-una-bomba-de-calor-y-como-funciona-la-bomba-de-calor/amp/>.
2. <https://www.caloryfrio.com/calefaccion/bomba-de-calor/bomba-de-calor.html>.

Capítulo 473

LA PUERTA PRINCIPAL DE LOS CENTROS SANITARIOS COMO PUNTO DE INFORMACIÓN AL USUARIO. FUNCIONES DE INFORMACIÓN DEL PERSONAL SUBALTERNO

ANTONIO RODRIGUEZ MÁRQUEZ

ALEJANDRO ANGEL GIL

MARÍA ELENA ÁNGEL GIL

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Es muy habitual en los centros sanitarios y en los centros hospitalarios encontrar un punto de información en el hall de entrada de la institución sanitaria, en el cual se da información útil e interesante para el usuario, pacientes, familiares y acompañantes.

Por norma general, en estos puntos de información desarrollan su actividad profesional el personal subalterno, por lo que son los celadores del centro sanitario los encargados de proporcionar información sobre la asistencia ofrecida en la institución.

Estos puntos de información se encuentran en el hall de las instituciones o en la puerta principal de las mismas, siendo los celadores los primeros profesionales con los cuales se encuentran los usuarios al entrar en la institución.

El horario de atención al usuario para facilitar información dependerá de la organización del propio centro sanitario, siendo en los centros de salud de lunes a viernes en turno de mañana, es decir de 8 de la mañana a 3 de la tarde, mientras que en los centros de salud es de lunes a domingo en turno de mañana y tarde, es decir de 8 de la mañana a 3 de la tarde durante el turno de la mañana, y de 3 de la tarde a 10 de la noche en turno de la tarde.

2 Objetivos

- Conocer la existencia de puntos de información en las entradas de los centros sanitarios.
- Detallar el horario de los puntos de información dependiendo del nivel asistencial de cada centro sanitario.
- Enumerar las funciones desarrollados por el celador que desempeña su actividad profesional atendiendo al usuario y proporcionando información.

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 número de celadores en la puerta principal de un centro sanitario dependerá del tamaño del propio centro y de la cartera de servicios del que dispongan, puesto que el número de pacientes y usuarios se verá determinado en primer lugar por la cantidad de especialidades con las cuales cuente dicho centro sanitario.

Funciones del celador de la puerta principal del centro sanitario.

Localización y horarios de servicios.

- Proporcionar información sobre la cartera de servicios del centro sanitario.

- Proporcionar información sobre la localización de consultas del centro sanitario.
- Proporcionar información sobre la localización del servicio de radiología del centro sanitario.
- Proporcionar información sobre la localización de las diferentes plantas de hospitalización del centro sanitario y los horarios de visitas.
- Proporcionar información sobre la localización de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del centro sanitario y los horarios de visitas.
- Proporcionar información sobre la localización de los quirófanos del centro sanitario.
- Proporcionar información sobre la localización del servicio de urgencias del centro sanitario.
- Proporcionar información sobre la localización del servicio de extracciones y donantes de sangre del centro sanitario y los horarios de atención al usuario.
- Proporcionar información sobre la localización del servicio de laboratorio y el banco de sangre del centro sanitario y los horarios de atención al usuario.
- Proporcionar información sobre la localización de la capilla del centro sanitario y los horarios de apertura.
- Proporcionar información sobre la localización del servicio de admisión del centro sanitario y los horarios de atención al usuario.
- Proporcionar información sobre la localización del servicio de atención al paciente del centro sanitario y los horarios de atención al usuario.
- Proporcionar información sobre la localización del servicio de asistencia social y terapeuta del centro sanitario y los horarios de atención al usuario.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “La puerta principal de los centros sanitarios como punto de información al usuario. Funciones de información del personal subalterno” nos demuestran la importancia de la figura del celador como profesional que facilita información al usuario y familiares.

Sin embargo, es importante recordar al celador que hay información sobre la asistencia médica del paciente que por la ley de protección de datos no puede ser facilitada por ningún profesional sanitario que no sea el médico responsable del paciente, por lo que el celador deberá limitarse a dar información sobre la localización y horarios de servicios y derivar la información sobre diagnóstico y estado clínico del paciente al médico responsable del paciente.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. 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.
3. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. Vigente en los artículos referidos en la Disposición adicional decimocuarta y Disposición transitoria cuarta de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre.

Capítulo 474

HABILIDADES DE RECEPCIONISTAS TELEFONISTAS EN UN HOSPITAL

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ

ALICIA TALAYA NAVARRO

MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO

MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO

1 Introducción

Una recepcionista telefónica es una persona encargada de atender y gestionar las llamadas telefónicas en una empresa u organización. Su función principal es recibir las llamadas entrantes, proporcionar información, tomar mensajes y dirigir las llamadas a la persona o departamento correspondiente.

La recepcionista telefónica actúa como el primer punto de contacto para los clientes, proveedores y otras personas que llaman a la empresa. Su objetivo es brindar un servicio al cliente amable y profesional, asegurándose de que las llamadas se manejen de manera eficiente y que los llamantes reciban la asistencia o la información necesaria.

Además de atender las llamadas telefónicas, las recepcionistas telefónicas pueden tener otras responsabilidades, como recibir a los visitantes en la recepción, gestionar la correspondencia y los paquetes, programar citas o reservas, y realizar

tareas administrativas básicas como la elaboración de informes y la actualización de registros (1).

Es importante que las recepcionistas telefónicas sean amables, corteses y tengan habilidades de comunicación efectivas. También deben ser capaces de manejar múltiples tareas a la vez, tener un buen manejo del tiempo y ser capaces de mantener la calma en situaciones estresantes o de alta presión.

En el contexto de un hospital, las recepcionistas telefónicas desempeñan un papel fundamental al ser la primera línea de comunicación con los pacientes, sus familias y el público en general. Ayudan a canalizar las llamadas a los diferentes departamentos, brindan información básica sobre horarios, servicios y médicos, y transmiten mensajes importantes entre el personal del hospital y los pacientes. Por ese motivo son indispensables en los centros hospitalarios.

2 Objetivos

- Exponer las habilidades adecuadas que debe mostrar el telefonista del hospital.
- Mostrar un conocimiento sólido sobre los diferentes departamentos y servicios del hospital.
- Conocer los horarios de visita, los números de extensión de los médicos y otros miembros del personal.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como recepcionista telefónica en un hospital, es importante contar con una serie de habilidades clave para brindar un servicio efectivo y satisfactorio a los pacientes y visitantes. Aquí hay algunas habilidades importantes que un recepcionista telefónico en un hospital podría necesitar.

En primer lugar debe tener una excelente habilidad de comunicación. Este profesional debe tener una excelente habilidad de comunicación verbal y escrita para interactuar de manera clara y efectiva con los pacientes, sus familias y otros miembros del personal del hospital. Esto implica ser amable, paciente y comprensivo al hablar con personas que pueden estar preocupadas o angustiadas. También debe mostrar un conocimiento sólido sobre los diferentes departamentos y servicios del hospital para poder proporcionar información precisa y relevante a los llamantes. Esto implica conocer los horarios de visita, los números de extensión de los médicos y otros miembros del personal, y estar al tanto de cualquier cambio o actualización importante en el hospital (2).

Es posible que te encuentres con llamadas difíciles o desafiantes en las que los llamantes estén enojados, frustrados o ansiosos. Debes ser capaz de mantener la calma y manejar estas situaciones con empatía y profesionalismo, brindando la información necesaria o escalando la llamada según corresponda. Además, como recepcionista telefónico, es probable que tenga que manejar múltiples llamadas al mismo tiempo y realizar diversas tareas administrativas. Es importante tener habilidades sólidas de organización y capacidad para priorizar y administrar tu tiempo de manera efectiva.

Y es que en un entorno hospitalario, es fundamental respetar la confidencialidad y la privacidad de los pacientes. Debes estar familiarizado con las políticas y regulaciones de privacidad en el manejo de información médica y asegurarte de mantener la confidencialidad en todo momento. Si bien no se espera que sea un experto en terminología médica compleja, tener un conocimiento básico de los términos y procedimientos médicos comunes puede ser útil para comprender las consultas y preguntas de los llamantes y brindar una respuesta adecuada. Los hospitales pueden ser entornos estresantes y ocupados, y es posible que te enfrentes a situaciones de alta presión. Debes ser capaz de mantener la calma, ser paciente y mantener un nivel alto de profesionalismo incluso en momentos de estrés (3).

5 Discusión-Conclusión

En resumen, las habilidades de recepcionistas telefónicas en un hospital se basan fundamentales en brindar un servicio eficiente y satisfactorio a los pacientes y visitantes. Estas habilidades incluyen una excelente comunicación verbal y escrita, conocimientos sobre el hospital y sus servicios, capacidad para manejar llamadas difíciles, organización y habilidades multitarea, respeto por la confidencialidad, conocimientos básicos de terminología médica, paciencia y capacidad

para trabajar bajo presión.

La recepcionista telefónica en un hospital desempeña un papel crucial como el primer punto de contacto para las llamadas entrantes. Su capacidad para proporcionar información precisa, dirigir las llamadas adecuadamente y mantener la calma y el profesionalismo en situaciones de estrés contribuye en gran medida a una experiencia positiva para los pacientes y visitantes.

6 Bibliografía

1. <https://vizito.eu/es/blog/las-10-principales-habilidades-que-necesita-todo-recepcionista/>.
2. <https://www.euroinnova.edu.es/que-hace-una-recepcionista-de-hospital>.
3. <https://escuelainenka.com/recepcionista-de-una-clinica/>.

Capítulo 475

FUNCIONES DEL TELEFONISTA DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA EN UN ENTORNO HOSPITALARIO

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ

ALICIA TALAYA NAVARRO

MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO

MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO

1 Introducción

La atención médica de urgencia es de vital importancia en el sistema de salud por varias razones. La primera es que la atención médica de urgencia tiene como objetivo principal salvar vidas. En situaciones de emergencia médica, cada minuto cuenta y la respuesta rápida y eficiente puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Los servicios de emergencia médica están capacitados para brindar cuidados inmediatos y estabilizar a los pacientes en situaciones críticas.

Muchas condiciones médicas requieren una atención médica inmediata para evitar complicaciones graves. Las emergencias médicas, como ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, traumatismos graves y reacciones alérgicas graves, requieren una intervención médica inmediata para aumentar las posibilidades de recuperación y reducir los daños a largo plazo.

Además, la atención médica de urgencia puede ayudar a prevenir o reducir la aparición de discapacidades a largo plazo. Por ejemplo, en casos de accidentes graves, como lesiones cerebrales traumáticas o lesiones de médula espinal, una intervención médica temprana puede minimizar los daños y mejorar las posibilidades de rehabilitación. Las situaciones de emergencia médica a menudo están acompañadas de un intenso dolor y sufrimiento físico. La atención médica de urgencia proporciona alivio del dolor y medicamentos adecuados para controlar el malestar de los pacientes, brindándoles una mayor comodidad y bienestar (1).

Los servicios de atención médica de urgencia también juegan un papel importante en la coordinación de la atención médica continua. Pueden derivar a los pacientes a hospitales o centros de especialidades adecuados para recibir atención especializada después de la estabilización inicial. Esto garantiza una atención integral y continua para los pacientes que lo necesitan. La existencia de servicios de atención médica de urgencia brinda tranquilidad a la comunidad en general. Saber que hay profesionales médicos capacitados y equipos de emergencia disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, brinda confianza y seguridad en caso de que surja una emergencia médica.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del telefonista de atención médica de urgencia en un entorno hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El telefonista de atención médica de urgencia en un entorno hospitalario tiene un papel fundamental en la coordinación y el flujo de información durante situaciones de emergencia médica. Sus funciones principales pueden incluir diferentes

actividades.

La primera de ellas puede ser atender llamadas de emergencia. El telefonista es responsable de recibir y gestionar las llamadas de emergencia de pacientes, familiares o profesionales de la salud que solicitan asistencia médica urgente. Debe ser capaz de mantener la calma y obtener la información necesaria para coordinar la respuesta adecuada. Además, este profesional debe evaluar la gravedad de la situación y determinar la prioridad de la atención médica requerida. A través de preguntas específicas, puede recopilar información relevante sobre el estado del paciente y proporcionar instrucciones básicas de primeros auxilios mientras se espera la llegada de los servicios de emergencia (2).

También debe comunicarse con los servicios de emergencia y otros profesionales de la salud, como médicos, enfermeras y personal de ambulancia, para coordinar la respuesta médica adecuada. Debe transmitir la información recopilada sobre el paciente y su situación para garantizar que los recursos médicos necesarios se movilicen de manera oportuna. Con todo esto, es importante que el telefonista registre con precisión toda la información relevante de las llamadas de emergencia. Estos registros pueden incluir datos demográficos del paciente, síntomas, condiciones médicas preexistentes, acciones tomadas y cualquier otra información importante para la atención médica.

Durante situaciones de emergencia, los pacientes y sus familiares pueden estar angustiados y ansiosos. El telefonista debe mostrar empatía y proporcionar apoyo emocional, ofreciendo palabras de aliento y tranquilidad mientras se coordina la ayuda médica. Por lo tanto, el telefonista debe ser consciente de la importancia de la confidencialidad médica y proteger la privacidad de los pacientes. Debe seguir los protocolos establecidos para garantizar que la información médica sea tratada de manera segura y solo sea compartida con las personas autorizadas (3).

Es importante destacar que las funciones pueden variar ligeramente dependiendo del entorno hospitalario específico y de las políticas y protocolos establecidos por cada institución. Y es que el trabajo del telefonista de atención médica de urgencia contribuye directamente a la eficiencia y efectividad de los servicios de emergencia, asegurando una respuesta rápida y adecuada ante situaciones críticas. Su dedicación y habilidades de comunicación son fundamentales para garantizar una atención médica de calidad y brindar apoyo a los pacientes y sus familias en momentos de angustia.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones del telefonista de atención médica de urgencia en un entorno hospitalario desempeñan un papel crucial en la coordinación y el flujo de información durante situaciones de emergencia médica. Su labor incluye atender llamadas de emergencia, realizar triaje telefónico, coordinar recursos médicos, mantener registros precisos, proporcionar apoyo emocional y salvaguardar la confidencialidad de los pacientes.

La atención médica de urgencia es de suma importancia en el sistema de salud, ya que permite el salvamento de vidas, el tratamiento oportuno de condiciones médicas críticas, la reducción de discapacidades a largo plazo, el alivio del dolor y el sufrimiento, la coordinación de la atención continua y la tranquilidad de la comunidad en general.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/principales-funciones-telefonista-sanitario/>.
2. <https://www.educaweb.com/profesion/recepcionista-centro-medico-73/>.
3. http://www.auxiliar-enfermeria.com/personal_estatutario.htm.

Capítulo 476

FUNCIONES DE COORDINACIÓN DE CENTRAL TELEFONISTA EN UN HOSPITAL

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ

ALICIA TALAYA NAVARRO

MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO

MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO

1 Introducción

La función de una central telefonista en un hospital es gestionar y coordinar todas las comunicaciones telefónicas tanto internas como externas del centro médico. Su objetivo principal es garantizar una comunicación eficiente y efectiva entre los diferentes departamentos, médicos, personal administrativo, pacientes y visitantes. Algunas de las responsabilidades específicas de una central telefonista en un hospital pueden incluir la recepción y enrutamiento de llamadas. La central telefonista es responsable de recibir todas las llamadas entrantes al hospital y dirigir las al departamento o persona adecuada. Esto implica identificar el propósito de la llamada y asegurarse de que se conecte con la extensión correcta.

La central telefonista también puede encargarse de programar y gestionar las citas médicas para los pacientes. Esto implica coordinar los horarios de los médicos y especialistas, verificar la disponibilidad de citas y registrar la información

relevante en el sistema de programación. También debe proporcionar información general sobre los servicios del hospital, como horarios de visitas, ubicación de departamentos, información de contacto y responder consultas generales de los pacientes y visitantes. También puede proporcionar orientación sobre los procedimientos y requisitos necesarios para acceder a determinados servicios (1). En caso de situaciones de emergencia, la central telefonista debe tomar medidas inmediatas y seguir los protocolos establecidos. Esto puede incluir notificar al personal médico o de seguridad correspondiente, activar códigos de emergencia y mantener la calma mientras se manejan las situaciones críticas. La central telefonista puede recibir llamadas destinadas a un departamento o médico específico y transferirlas a la extensión correspondiente.

2 Objetivos

- Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el telefonista en la central telefónica de un 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

La central telefonista es el primer punto de contacto para muchos pacientes y visitantes que llaman al hospital. Por lo tanto, es importante que brinden un servicio amable, cortés y profesional, escuchando atentamente las necesidades de las personas y proporcionando respuestas precisas y comprensivas.

La función de coordinación de una central telefónica en un hospital es crucial para garantizar una comunicación eficiente y oportuna entre diferentes departamentos, médicos, personal administrativo y pacientes.

En primer lugar el telefonista es responsable de recibir todas las llamadas entrantes y asegurarse de que sean enviadas al departamento o la persona correcta.

Esto implica identificar la naturaleza de la llamada y direccionarla adecuadamente. También puede encargarse de programar y gestionar las citas médicas para los pacientes. Esto implica coordinar los horarios disponibles con los médicos y el personal clínico, así como registrar y confirmar las citas. Además, puede proporcionar información general sobre los servicios del hospital, como horarios de visita, ubicación de departamentos, políticas y procedimientos, y cualquier otra información relevante para los pacientes y visitantes (2).

Otra función importante es que en situaciones de emergencia o llamadas urgentes, el telefonista debe tomar medidas inmediatas. Esto puede incluir notificar al personal médico o de seguridad correspondiente, activar códigos de emergencia y seguir los protocolos establecidos para situaciones críticas. En ocasiones, es posible que un paciente o un visitante necesite hablar con un departamento específico o un médico en particular. La central telefonista puede encargarse de transferir las llamadas a las extensiones correctas y asegurarse de que se establezca una comunicación adecuada. Además el telefonista debe ser responsable de mantener actualizados los directorios telefónicos del hospital. Esto implica agregar o eliminar números de extensión, mantener registros actualizados del personal y los departamentos, y proporcionar una guía telefónica precisa (3).

También puede tomar mensajes detallados cuando la persona o el departamento requerido no están disponibles, asegurándose de que los mensajes se entreguen de manera oportuna. La central telefonista es responsable de mantener actualizados los directorios telefónicos del hospital, incluyendo los números de extensión, nombres de los médicos, departamentos y otras unidades del hospital. Esto facilita la búsqueda y el acceso rápido a la información necesaria.

Estas son algunas de las funciones de coordinación comunes de una central telefonista en un hospital. Sin embargo, es posible que las responsabilidades varíen según el tamaño del hospital, la estructura organizativa y las políticas establecidas.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, las funciones de coordinación de una central telefonista en un hospital son esenciales para asegurar una comunicación eficiente y oportuna en el centro médico. Desde recibir y enrutamiento de llamadas hasta gestionar citas, brindar información y orientación, y atender emergencias, la central telefonista desempeña un papel vital en la coordinación de la comunicación interna y externa del hospital.

Su capacidad para mantener los directorios telefónicos actualizados y propor-

cionar un servicio al cliente amable y profesional contribuye en gran medida a una experiencia positiva para pacientes, visitantes y personal médico. Por todos estos motivos, el rol del telefonista en el hospital es de vital importancia para absolutamente todos los pacientes y responsables médicos del centro.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/principales-funciones-telefonista-sanitario/>.
2. <https://www.educaweb.com/profesion/teleoperador-servicio-emergencias-213/>.
3. <https://blog.hubspot.es/service/funciones-teleoperador>.

Capítulo 477

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE FALLECIDO. PROCEDIMIENTO DE AMORTAJAMIENTO Y TRASLADO DEL PACIENTE FALLECIDO

ALEJANDRO ANGEL GIL

MARÍA ELENA ÁNGEL GIL

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ

ANTONIO RODRIGUEZ MÁRQUEZ

1 Introducción

Se entiende como paciente fallecido, el paciente que ha fallecido en el centro sanitario durante su estancia en el mismo. Dicha estancia puede localizarse en diversas localizaciones del centro hospitalario, como pueden ser: las plantas de hospitalización, la unidad de cuidados intensivos, el bloque quirúrgico o el servicio de urgencias.

Cuando un paciente fallece, se procede a realizar un electrocardiograma para confirmar la muerte del paciente y se espera la certificación del médico responsable del paciente o el médico de guardia. Una vez se han realizado dichas actuaciones, se procederá a amortajar al paciente para que pueda ser trasladado por el servicio funerario elegido por los familiares del fallecido.

Durante el proceso de amortajamiento intervienen tres categorías profesionales, encargándose cada una de realizar las funciones propias de su categoría y preparación.

☒ Equipo de enfermería. Se ocupará de retirar todos los dispositivos que lleve el paciente, como puede ser: vías, sondas, bombas de medicación, drenajes...

☒ Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). Se ocupará del aseo del paciente fallecido, para ello se encargará de realizar un aseo al paciente, retirando la sangre o fluidos si fuese necesario, cambiar el pañal del paciente e introducirlo en el sudario.

☒ Personal subalterno. Ayudará al técnico en cuidado auxiliares de enfermería durante el amortajamiento del paciente, para ello movilizará al fallecido mientras el tcae realiza el aseo y lo introduce en el sudario. El traslado del paciente al mortuario de la institución sanitaria recae en esta categoría profesional.

2 Objetivos

- Conocer las funciones desarrolladas por cada categoría profesional durante el amortajamiento del paciente.
- Detallar el procedimiento desde que fallece un paciente hasta que es recogido por el servicio funerario.
- Enumerar los pasos a seguir antes de trasladar al paciente fallecido al mortuario del centro sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador como profesional no sanitario encargado del traslado de los pacientes que fallecen en el servicio en el cual se encuentra desarrollando su jornada laboral, deberá seguir el procedimiento de actuación establecido por la dirección

del centro hospitalario. Este procedimiento de actuación dependerá de cada centro hospitalario, puesto que hay varios servicios independientes que necesitan coordinarse antes de trasladar al paciente fallecido.

- Procedimiento de actuación antes de proceder al traslado del paciente fallecido.
o El equipo de enfermería realizará un electrocardiograma para confirmar que el paciente ha fallecido.
o Esperar a que el médico responsable del paciente certifique la muerte.
o Preparar el cadáver, para ello se le realizará el correspondiente amortajamiento al paciente fallecido.
o Comunicar al servicio de información del centro sanitario, generalmente dirigido por el personal subalterno, el fallecimiento del paciente para que estos se pongan en contacto con la funeraria. El personal subalterno no se pondrá en contacto con la funeraria para establecer dicha empresa como responsable del enterramiento, sino que lo hará para:

☒ En primer lugar, asegurarse que sea dicha empresa la responsable del cadáver.

☒ En segundo lugar, preguntar si van a acudir inmediatamente al centro hospitalario para llevarse el cadáver y de esta manera que no sea necesario introducir al fallecido en las cámaras frigoríficas. En caso de ser así, el servicio de funerario esperará que el celador traslade al paciente al mortuario y transferir en una sala habilitada para ello al paciente a la camilla de la funeraria.
o Una vez el paciente ha sido recogido por la funeraria, esta deberá entregar un papel confirmando que se hacen responsables del cadáver. Dicho documento se introducirá en el libro de registro de fallecidos del centro hospitalario.
o Para finalizar, se comunicará al servicio de admisión el número de la historia clínica del fallecido para que sea dado de baja del sistema sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador ante el paciente fallecido. Procedimiento de amortajamiento y traslado del paciente fallecido” nos demuestran los pasos a seguir cuando un paciente fallece en un centro sanitario.

Es muy importante que el servicio de información del centro sanitario encargado de avisar al servicio funerario sea cuidadoso durante la realización de las gestiones, y se asegure de que no se encuentre presente ninguna persona ajena al servicio de información, puesto que deberá tener en cuenta la ley de protección de datos y seguir la normativa vigente respecto a la protección personal del paciente.

6 Bibliografía

1. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. Vigente en los artículos referidos en la Disposición adicional decimocuarta y Disposición transitoria cuarta de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre.
2. RODRIGUEZr,F., CASTRO, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018.
3. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021.

Capítulo 478

EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL FONTANERO Y SU FUNCIÓN ANTE EL ATASCO DE LOS DESAGÜES DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

MIGUEL VELASCO TORRES

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

1 Introducción

Las instalaciones de desagües deben ser sencillas y sin complicaciones, enfocándose en dar a los líquidos el camino más directo posible al colector evitando caminos muy estrechos y cerrados en la medida en que puedan ser retenidos en las partes curvas y evitando sobrecargar los drenajes y las tuberías con descargas adicionales a las estrictamente necesarias.

Ya sabemos por qué es necesario el mantenimiento del sistema de fontanería por parte del fontanero en los centros hospitalarios, por lo que es hora de conocer las señales de advertencia obvias de que es hora de realizar el procedimiento. En primer lugar, podemos ver que el agua no drena fácilmente porque puede

regresar por los inodoros o por el plato de ducha, lo que es una señal evidente de que está obstruido por alguna razón.

Los malos olores, que crean un ambiente intolerable y que con frecuencia van acompañados de animales o insectos como moscas, cucarachas e incluso ratas que rodean las tuberías, son otro claro indicio de ello. Similar a esto, el gorgoteo de agua mientras el grifo está abierto es una señal potencial de que la tubería está bloqueada, ya sea por algo como la presión del aire u otra cosa.

Después de haber dicho todo esto, es hora de comentar algunos factores que provocan los atascos en los desagües son: presencia de papeles, antigüedad, bolsas plásticas, cabello en exceso.

2 Objetivos

En este trabajo el objetivo es describir el arreglo de las averías o atascos de los desagües por parte del personal de fontanería.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se realizó una revisión sistemática de la literatura y en artículos, utilizando las bases de datos, mediante el uso de las palabras clave, así como también se han consultado los temarios relacionados con fontanería.

4 Resultados

El tipo de mecanismo de los artículos sanitarios determinará el tipo de reparaciones necesarias que tendrán que aplicar el personal de fontanería en un centro hospitalario.

La mayoría de las veces despejar las obstrucciones en los desagües de artículos sanitarios con sifones individuales requiere abrir los tapones de registro del sifón y eliminar los desechos acumulados.

Otras veces se utiliza una succión a base de una bomba de goma, un alambre o una pistola de aire comprimido para aplicar la solución.

Si los electrodomésticos no tienen sifones y van directamente al sifón, hay que abrirlo levantando la tapa para poder limpiarlo. Si la obstrucción continúa, se debe insertar una sonda especial a través de la obstrucción hasta el sifón, girarla hasta localizar la obstrucción y retirarla.

De forma similar a la sonda anterior, se debe usar la que se utiliza para desatascar inodoros atascados, con la varilla introducida lo máximo posible y girada hasta eliminar la obstrucción.

El bajante suele estar donde está la obstrucción si ninguno de los aparatos sanitarios drena correctamente. Luego, a través de sus tapones de registro, se insertará una sonda especial.

Con frecuencia es necesario instalar un nuevo aparato con su correspondiente desagüe conectado a una instalación ya operativa. Existen algunos accesorios especiales que se pueden utilizar para injertar o conectar el nuevo sumidero a la red adecuada debido a la dificultad de realizar una modificación en la instalación. Se compone de un accesorio en ángulo con una placa para fijarlo al tubo inferior del otro lado y una extensión en el extremo superior para permitir la fijación del tubo adecuado. El bajante se perfora al diámetro interno del accesorio para su colocación. Una vez perforado, el accesorio se une al orificio con una junta de goma gruesa para garantizar un sellado hermético. A continuación se aprieta todo el conjunto con la brida, que abraza por detrás el tubo y sujeta el accesorio presionando sobre la placa o brida con la ayuda de unos tornillos que cierran la brida. Esto comprime todo el conjunto contra el tubo y crea un sello hermético.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario que en los casos de que las tuberías que van hacia los desagües, atraviesen muros o paredes, suelos, etc., se dispongan manguitos de aislamiento para evitar que los tubos queden aprisionados y no puedan efectuar movimientos de dilatación y contracción.

Dado que el uso de varios dispositivos hace que se desgasten y estos problemas, que pueden interrumpir el buen funcionamiento de los centros hospitalarios, son bastante comunes, las averías de fontanería ocurren ocasionalmente. Para evitar quedarse sin grifo durante un período prolongado de tiempo, tener que retener el agua de un desagüe obstruido o tener que soportar el ruido constante de la cisterna, el personal de fontanería tiene que actuar de manera rápida para evitar que se dañe el buen funcionamiento de un centro hospitalario.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. <https://www.scielo.org/es/>.

3. <https://sem-aytodesevilla.es/wp-content/uploads/2021/06/03-AYUDANTE-FONTANERO-TEMARIO.pdf>.

Capítulo 479

EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL FONTANERO Y EL MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES DE AGUA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

MIGUEL VELASCO TORRES

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

1 Introducción

Las instalaciones de abastecimiento de agua de las instituciones sanitarias, están formadas por una red de elementos de captación de agua, típicamente depósitos elevados, desde los que se distribuye el agua a otros sistemas de reserva y regulación o desde los que se establece la red pública de distribución de agua. Nos referimos al sistema de tuberías que, partiendo de los citados depósitos, sirven para abastecer tanto los ramales de abonados o particulares como los equipos hidráulicos de servicio público como la red pública de distribución.

Para prevenir fallos en los equipos médicos y la infraestructura hospitalaria, es necesario identificar, minimizar o eliminar los riesgos potenciales. El mantenimiento y su gestión es una herramienta que se enfoca en garantizar el buen funcionamiento de un equipo. Los fallos en la infraestructura hospitalaria tienen consecuencias inimaginables porque involucran vidas humanas.

Es un pilar fundamental para el funcionamiento de la organización de las instituciones sanitarias, pero nada está completo sin el otro pilar crucial formado por las distintas profesiones que comprende el personal no sanitario: celadores, administradores, cocineros, ayudantes de cocina, lavanderas, personal de limpieza, telefonistas, peluqueros, etc., los cuales también se incluyen en este gran grupo al personal de mantenimiento.

Albañiles, calefactores, carpinteros, electricistas, fontaneros, jardineros, mecánicos y pintores son solo algunas de las muchas profesiones representadas entre el personal de mantenimiento de un hospital, que incluye todas las áreas de atención y apoyo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer la función del personal de fontanería en el mantenimiento de las instalaciones de agua de un centro hospitalario.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se llevó a cabo una búsqueda en los principales artículos y una revisión bibliográfica de la literatura existente de las principales bases de datos como son: Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores de internet.

4 Resultados

La presión actual de la red de distribución de agua determinará el plan general de la instalación. El tipo de medida de agua, es decir, si se realizará con un único contador, general o múltiple, puede tenerse en cuenta a la hora de diseñar la disposición general de la instalación.

Ningún riser alimenta a más de 10 plantas a través de distribuidores ramales o anulares, y también se tienen en cuenta los medidores divisionales. En hospitales que superan cierta altura (más de 10 pisos), normalmente hay demasiada presión

en los pisos inferiores, lo que conduce a la presencia de dos o más columnas de montantes.

Para el correcto funcionamiento, mantenimiento y conservación de una instalación de agua:

- Siempre se debe añadir agua a la instalación.
- Al realizar reparaciones o modificaciones, evite instalar diferentes metales juntos. Nunca repare una instalación de tubo de acero galvanizado con un tubo de cobre y viceversa, a menos que se utilice una manga de latón. Debido a la química del agua, siempre se debe recordar que cuando se utiliza una manga electrolítica para conectar dos metales diferentes, la conexión solo se puede realizar colocando primero el metal menos noble (tubería de acero galvanizado) y el metal más noble (tubería de cobre) después de él, en la dirección del flujo de agua.
- En ningún caso se debe instalar el metal más noble (cobre) antes que el metal menos noble (acero galvanizado), ya que esto provocaría que las partículas de cobre que pudieran desprenderse por el paso del agua acabarían en la superficie del acero galvanizado, provocando el fenómeno de corrosión. Si una partícula de hierro se desprendiera y aterrizara en una tubería de cobre hecha de acero galvanizado primero y luego de cobre, la tubería de cobre simplemente se corroería, manteniéndola en buenas condiciones.

5 Discusión-Conclusión

Existen fallos estructurales en los centros hospitalarios, los cuales hacen que existan dificultades y que el departamento de mantenimiento logre sus objetivos, pero existen procesos viables que se pueden implementar para solucionar los problemas y elevar los niveles de cumplimiento de los requisitos. El criterio con mayor margen de mejora, se determina, es la planificación, programación y control del mantenimiento.

Por eso mismo es fundamental que el personal de fontanería esté formado correctamente en cuanto al mantenimiento de las instalaciones de agua de los centros hospitalarios, ya que en caso de una avería en alguna zona de las instalaciones, el fontanero la localice de forma rápida y la solucione, sin que tenga que afectar al funcionamiento de los centros hospitalario.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.

2. Evaluación de la gestión del mantenimiento en hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la Zona 3 del Ecuador.

Capítulo 480

EL PERSONAL DE FONTANERÍA Y SU IMPORTANCIA EN EL MANTENIMIENTO DE CENTROS HOSPITALARIOS

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

MIGUEL VELASCO TORRES

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

1 Introducción

Los servicios de mantenimiento pueden definirse como el conjunto de recursos materiales, técnicos y humanos destinados a mantener en buen estado de funcionamiento en todo momento los equipos arquitectónicos, de ingeniería y electromédicos de cualquier centro de salud.

El mantenimiento del hospital debe realizarse de acuerdo con un conjunto de procedimientos bastante definidos que se rigen por principios fundamentales. Debido a esto, es crucial comprender qué implica el mantenimiento y los diferentes tipos.

El mantenimiento, ya sea eléctrico, mecánico, de instalaciones o de cualquier otro tipo, tendrá una serie de tareas encaminadas a asegurar el correcto mantenimiento de la estructura, instalaciones y equipos, en base a un plan de mantenimiento debidamente elaborado y sujeto a constante revisión.

En los hospitales, además de médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, también existe un miembro del personal que desempeña una función muy diversa e igualmente importante: el personal de mantenimiento.

Todo el patrimonio del sistema de salud está en manos de estas personas. Dependiendo de la organización del personal, su entrega, los protocolos, las políticas de mantenimiento aplicadas, podemos pasar de un hospital revaluado, útil y eficiente cumpliendo sus objetivos, a un centro médico totalmente devaluado y ruinoso.

Aunque es una tarea diaria del personal de fontanería, su valor no se aprecia lo suficiente porque no se ve.

2 Objetivos

Conocer los distintos perfiles de profesionales que hay en el departamento de mantenimiento de los hospitales así como las funciones que llevan a cabo.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos sobre el personal de mantenimiento en los hospitales. Revisión bibliográfica de bases de datos, consulta de guías y protocolos hospitalarios.

4 Resultados

Se denomina mantenimiento al desarrollo de actividades destinadas a conseguir que algo se degrade en igual o menor grado que el considerado en su diseño o que se obtenga una "vida" mayor. Hay varios tipos de mantenimiento que se pueden desempeñar y que se pueden hacer dentro de un centro hospitalario, entre los que se incluyen:

- Mantenimiento Preventivo: Consiste en planificar intervenciones para mantener la maquinaria e instalaciones en óptimas condiciones.

- El mantenimiento predictivo se realiza conociendo los valores de determinadas variables representativas del sistema que queremos mantener en funcionamiento.
- El mantenimiento correctivo se realiza cuando un sistema o equipo no funciona correctamente o cuando un edificio sufre daños.

Un cronograma de trabajo se puede utilizar para planificar y realizar el mantenimiento preventivo y predictivo, mientras que el mantenimiento correctivo es un trabajo no planificado que puede resultar en una finalización apresurada y, en consecuencia, aumentar el riesgo al que está sujeto durante el proceso de trabajo.

Entre el personal de mantenimiento de los centros hospitalarios que trabajan dentro, nos encontramos diferentes oficios, en los cuales cabe destacar: ingenieros técnicos industriales, maestros industriales, mecánicos, electricistas, calefactores, fontaneros, albañiles, carpinteros, jardineros y pintores.

Los objetivos básicos del mantenimiento hospitalario se pueden enumerar de la siguiente manera:

- Maximizar los ingresos globales.
- Mantener las instalaciones y equipos en óptimas condiciones de funcionamiento para garantizar su confiabilidad.
- Mantener la estructura del programa de mantenimiento de manera que resulte en costos operativos muy bajos o muy bajos.
- Cumplir totalmente con los requisitos de calidad establecidos por el sistema de la empresa.
- Al garantizar la confiabilidad y la disponibilidad de acuerdo con la demanda, la organización puede mantener su competitividad.
- Mantener las instalaciones y el equipo durante una parte significativa del tiempo en que se pueden utilizar.

5 Discusión-Conclusión

Dado que no están incluidos en el tratamiento médico, los servicios de mantenimiento hospitalario suelen estar infravalorados a pesar de que desempeñan un papel crucial en la conservación y el buen funcionamiento de los hospitales.

Los pacientes no se dan cuenta de cuánto trabajo se dedica a instalaciones como hospitales y clínicas hasta que llegan y descubren que todo está en perfecto estado de funcionamiento.

Además de las tareas diarias programadas regularmente, las emergencias ocurren con frecuencia y deben solucionarse de inmediato para continuar brindando

atención médica.

Aunque es una tarea diaria del personal de fontanería, su valor no se aprecia lo suficiente porque no se ve.

6 Bibliografía

1. [Internet]. Ingesa.sanidad.gob.es. 1990. Available from: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_mantenimien.pdf.
2. Funciones del Personal Estatutario de los Servicios de Salud - Ops Sanidad[Internet].

Capítulo 481

EL APOYO EMOCIONAL DEL CELADOR A PACIENTES TERMINALES

M^a DE LAS MERCEDES GARCÍA DÍAZ

1 Introducción

Dentro del contexto de la asistencia sanitaria, la función del celador cobra un valor significativo en lo concerniente al acompañamiento de pacientes en sus últimas fases de vida. El proceso de afrontar la muerte y la despedida suscita una serie de emociones complejas tanto para los pacientes como para sus familias. En este entorno, el respaldo emocional brindado por los celadores no solo ejerce influencia en la calidad de vida del paciente, sino que también contribuye a generar un ambiente hospitalario más humano y empático.

La importancia de brindar apoyo emocional en las etapas finales de la existencia resulta esencial para otorgar dignidad y bienestar a los pacientes en estado terminal. Los celadores, debido a su constante contacto directo con los pacientes, están en posición de ofrecer acompañamiento de manera sensible y compasiva. Este rol incluye la habilidad de escuchar de forma activa las inquietudes del paciente, proporcionar consuelo en momentos de angustia y forjar un espacio donde puedan expresar sus deseos y temores.

No debe pasarse por alto que el soporte emocional no solo beneficia al paciente, sino que también repercute positivamente en el equipo médico y en los allegados. Un paciente que recibe atención emocional tiende a experimentar una disminución en la ansiedad y el estrés, factores que pueden influir en cómo perciben la calidad de la atención médica en general.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es explorar y analizar el impacto del apoyo emocional brindado por los celadores a pacientes en estado terminal.

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 desarrollo del tema nos lleva a profundizar en la relevancia crucial del soporte emocional brindado por los celadores a pacientes en estado terminal. Estos profesionales, que desempeñan un papel activo en el entorno hospitalario, tienen la capacidad de establecer un vínculo empático y comprensivo con aquellos que se encuentran en las últimas etapas de su vida. Esta conexión no solo afecta la percepción general de la calidad del cuidado médico, sino que también impacta la calidad de vida de los pacientes.

En el momento en que los pacientes se enfrentan a la perspectiva de la muerte, experimentan una gama de emociones abrumadoras que van más allá de lo físico. Los celadores, al estar presentes y disponibles para escuchar, brindan un espacio seguro donde los pacientes pueden expresar sus miedos, esperanzas y deseos. Esta presencia empática y la habilidad de escucha activa permiten que los pacientes se sientan comprendidos y apoyados en una etapa de la vida en la que la vulnerabilidad es máxima.

La conexión entre los celadores y los pacientes trasciende los límites de lo meramente clínico. Al ser testigos de los altibajos emocionales y espirituales de los pacientes, los celadores se convierten en faros de luz en medio de la oscuridad. Su capacidad para ofrecer consuelo y apoyo emocional contribuye a aliviar la carga emocional que a menudo acompaña a las enfermedades terminales. Esto, a su vez, tiene un efecto dominó que se extiende a las familias de los pacientes, quienes encuentran consuelo en saber que sus seres queridos están siendo tratados con dignidad y empatía.

La importancia de esta dimensión emocional en la atención de pacientes en estado terminal es respaldada por una serie de investigaciones y teorías. Los conceptos propuestos por autores como Kübler-Ross, quienes exploraron las etapas emocionales que enfrentan los pacientes al acercarse a la muerte, encuentran su reflejo en la práctica de los celadores. Asimismo, los estudios de Chochinov resaltan la necesidad de abordar las preocupaciones existenciales y emocionales de los pacientes para brindarles un sentido de paz y dignidad en sus últimos días.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el apoyo emocional que los celadores proporcionan a los pacientes en estado terminal desempeña un papel central en la intersección entre la atención médica y la humanidad. A lo largo de este trabajo, hemos explorado en detalle cómo esta dimensión emocional influye de manera positiva en el cuidado holístico de los pacientes en sus etapas finales, y cómo esta contribución va más allá de la esfera física para abrazar las necesidades emocionales y espirituales. A través de su presencia y empatía, los celadores enriquecen la experiencia de los pacientes y sus familias, y dejan una huella perdurable en el proceso de enfrentar la muerte con dignidad y compasión.

6 Bibliografía

1. Pérez, A. (2010). El Rol del Celador en el Acompañamiento de Pacientes en Fases Terminales. Editorial Médica Moderna.
2. Gómez, M. L. (2015). Humanización de la Atención Médica en Pacientes Terminales: El Papel del Celador. Revista de Cuidados Paliativos.
3. Rodríguez, J. (2018). La Importancia del Soporte Emocional en las Etapas Finales de la Vida. Revista de Psicología Clínica.

Capítulo 482

PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA Y LOS TIPOS DE ALUMBRADO DE EMERGENCIA EN LAS ZONAS HOSPITALARIAS. REVISIÓN Y SUSTITUCIÓN DE PIEZAS

JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ

SERGIO GARCÍA ZAMORA

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

RAMÓN SERRANO LÓPEZ

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

1 Introducción

En las áreas hospitalarias se requiere el uso de una iluminación de emergencia. Debe garantizar que, en caso de fallo normal del alumbrado, las habitaciones, pasillos y puntos vitales del edificio, como los extintores y los accesos a las salidas en caso de evacuación del público, estén iluminados. El alumbrado de emergencia se activará automáticamente, cuando se produzca una breve interrupción del alumbrado normal. Además de un grupo electrógeno auxiliar, estas luminarias pueden ser alimentadas por baterías individuales o grupales.

Las áreas de un hospital y otros espacios públicos deben tener un plan de emergencia o evacuación, así como un conjunto de instrucciones a seguir para los trabajadores en caso de emergencia. El electricista en particular es el responsable de garantizar que este plan esté en su lugar y asegurar a los servicios de seguridad del hospital el suministro eléctrico.

En las áreas hospitalarias es obligatorio pasar una inspección periódica por un organismo de control autorizado. Es fundamental que las revisiones periódicas sean realizadas por el personal eléctrico para reponer la luminaria fundida porque la OCA, entre otras muchas revisiones, se asegura de que el alumbrado de emergencia esté claramente señalizado y que se encuentre en perfecto estado de funcionamiento.

2 Objetivos

Conocer cada uno de los diferentes sistemas de alumbrados de emergencia que existen y sus funciones por el personal de mantenimiento que en este caso es el electricista.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo ha supuesto una revisión bibliográfica en numerosas normas UNE, reglamentos de baja tensión y manuales de usuario de los principales fabricantes de alumbrado de emergencia.

Se han utilizado artículos científicos seleccionados de una búsqueda exhaustiva de libros y artículos de las bases de datos primarias de Pubmed, Medline y Google Scholar.

4 Resultados

Es necesario hacer referencia a la normativa electrotécnica de baja tensión porque la ITC-BT-28 contempla la necesidad del alumbrado de emergencia. Esto le ayudará a comprender los conceptos de iluminación de emergencia y los diversos tipos de iluminación que se incluyen en ella.

En ITC-28, el término "servicios de seguridad" se refiere ante todo a la prestación de servicios de seguridad, como la instalación de iluminación de emergencia, sistemas de extinción de incendios y ascensores de uso de emergencia. Estas fuentes

de energía incluirán baterías de acumuladores, generadores separados y derivaciones de la red de distribución que no forman parte del suministro regular de energía.

Los hospitales, las clínicas, las clínicas ambulatorias y los centros de salud se encuentran entre los lugares de reunión pública que requieren un suministro de reserva. Además, se activará cuando la tensión de alimentación principal caiga por debajo del 70% del valor nominal y se deba suministrar al menos el 25% del total del suministro normal contratado.

Hemos visto cómo se distribuye el suministro eléctrico de emergencia; Ahora veamos cómo se distribuye el alumbrado de emergencia, que se activará en caso de fallo normal del suministro de alumbrado.

1. Iluminación de seguridad, que debe proporcionar iluminación durante una evacuación y puede comenzar a funcionar a voltajes tan bajos como el 70% del voltaje nominal.

- La iluminación de evacuación, o iluminación de señalización como se conocía anteriormente, permite a las personas localizar la ruta de evacuación. Debe proporcionar un mínimo de 1 lux en los ejes de los pasillos principales a nivel del suelo, un mínimo de 5 lux en las ubicaciones de los departamentos de bomberos y centros de distribución, y un tiempo mínimo de operación de una hora.

- Se requiere iluminación ambiental o antipánico de 0 punto 5 lux en todo el recinto hasta una altura de un metro y un tiempo mínimo de funcionamiento será de una hora. Permite la identificación y acceso a rutas de evacuación.

No hay un tiempo mínimo establecido; sólo la cantidad de tiempo que nos permite abandonar con seguridad tareas u operaciones.

- Desde zonas de alto riesgo, esto permitirá interrumpir con seguridad el trabajo que se esté realizando. Debe proporcionar una iluminación mínima de 15 lux, o el 10% de la iluminación normal.

2- Alumbrado de reemplazamiento: debe estar disponible en casos de curas y emergencias por un mínimo de dos horas, igualando la disponibilidad de iluminación regular.

Las luminarias de emergencia suelen ser autónomas, especialmente las que se utilizan para evacuación, iluminación ambiental o antipánico. El conjunto de mando, verificación y control, una batería y una lámpara están presentes en cada uno, según esto. Estos pueden ser no permanentes y solo se encienden cuando no hay suficiente voltaje en la línea de alimentación, o permanentes y siempre brillan con o sin voltaje.

5 Discusión-Conclusión

En circunstancias normales, la iluminación de emergencia en un área hospitalaria no se nota porque tanto el personal como los pacientes son conscientes de su entorno y no necesitan ser alertados por las luces pequeñas.

Cuando hay un corte de energía, se vuelven prominentes, encendiéndose y dándose la seguridad de saber dónde está la salida y que no te cruzarás con otros usuarios mientras miras alrededor. Por ello, el personal de electricidad debe mantener estas luces de emergencia para evitar que se derritan o se degraden las baterías y mantener las luces encendidas hasta el momento exacto en que sea necesario restablecer el suministro.

6 Bibliografía

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

Capítulo 483

PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA Y LAS FUNCIONES EN LOS HOSPITALES

JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ

SERGIO GARCÍA ZAMORA

RAMÓN SERRANO LÓPEZ

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

1 Introducción

Vamos a hablar de los miembros del personal de mantenimiento del hospital que trabajan como electricistas. Nuestra capacidad para mantener todos los equipos y suministros en las mejores condiciones es posible gracias al personal. Los hospitales cuentan con un equipo humano muy diverso y fundamental que realiza una tarea específica: el personal de. Este equipo se suma a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería.

El sistema de salud deposita toda su confianza y activos en estas personas. Dependiendo de cómo estén estructurados el personal, los recursos, los protocolos y las pautas de mantenimiento de un hospital de renombre.

Se denominan servicios de mantenimiento todos los recursos físicos, técnicos y humanos destinados a garantizar el correcto funcionamiento permanente de

cualquier equipo médico eléctrico, así como la arquitectura e ingeniería de un centro médico. Cuantas más personas se especialicen en mantenimiento, incluido el mantenimiento eléctrico, mecánico y de instalaciones, más grande será el centro médico.

Estos trabajadores están a cargo de verificar que la maquinaria funcione de manera efectiva y eficiente, identificar y corregir errores y llevar a cabo procedimientos de mantenimiento regulares. Realizan tareas como la limpieza de máquinas y la inspección, verificación, sustitución, instalación y montaje de repuestos, así como reparaciones, solución de problemas y revisión de dichos repuestos.

2 Objetivos

Aprender a reconocer las diversas profesiones y roles que desempeñan los electricistas que trabajan en hospitales y el departamento de mantenimiento.

3 Metodología

Una revisión bibliográfica organizada de la literatura científica pertinente sobre los distintos parámetros buscados fue parte de los estudios realizados. Se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos sobre el personal de mantenimiento del hospital y la base de datos y revisión bibliográfica, consulta de normas y protocolo médico.

4 Resultados

De acuerdo con el tipo de mantenimiento que requerirá, el mantenimiento se puede definir como la creación de actividades para asegurarse de que algo se degrade al mismo o menor nivel de lo que se consideró en su diseño o alcance su "vida útil".

- Mantenimiento preventivo: Se realizan intervenciones periódicas para mantener las instalaciones y equipos en óptimas condiciones.
- Para realizar el mantenimiento predictivo, debe conocer los valores de algunas variables que representan el sistema que desea mantener en funcionamiento.
- El mantenimiento post-mortem se realiza cuando un sistema o equipo se descompone o se daña durante la construcción. Los programas de trabajo se pueden usar para planificar y llevar a cabo el mantenimiento preventivo y predictivo,

pero el mantenimiento correctivo es un trabajo no planificado que puede completarse con prisa y aumentar el riesgo.

Los miembros del personal del hospital responsables del mantenimiento son:

1. Ingeniero en Tecnologías Industriales: responsable de la gestión y responsable directo de la conservación y mantenimiento de todo tipo de maquinaria. Sus funciones incluyen la publicación de un informe sobre todos los asuntos puramente técnicos, la elaboración de un presupuesto para las reparaciones e instalaciones necesarias, la supervisión y atención de los casos que se presenten, de acuerdo con sus competencias, y la gestión de seminarios para diversas profesiones enfocadas al mantenimiento de edificios y conservación de equipos. Todo contrato debe ser cumplido de acuerdo con sus términos estipulados.
2. Electricista: Todo el mantenimiento, conservación y limpieza del gabinete eléctrico de baja tensión es responsabilidad del electricista. Iluminación interior y exterior de edificios, mantenimiento y limpieza de baterías, ajustes y reparaciones de instalaciones eléctricas, averías eléctricas urgentes y ascensores. El resultado es un trabajo de taller son: rebobinado de motores, relés y demás tareas eléctricas que les hayan sido asignadas en general, incluido el almacenamiento de equipos.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes no se dan cuenta de la cantidad de trabajo que implica cuando visitan hospitales o centros de salud y encuentran que todo está en perfecto estado de funcionamiento.

Las situaciones de emergencia siempre surgen además de las tareas diarias programadas regularmente, que se solucionan de inmediato para mantener la atención médica, en esta zona se trabaja a diario, pero por no ser visible no se le da el respeto que se merece.

Dado que no están incluidos en el tratamiento médico, los servicios de mantenimiento de hospitales suelen estar infravalorados, sin embargo, los electricistas juegan un papel crucial en la conservación y el buen funcionamiento de los hospitales.

6 Bibliografía

1. http://www.auxiliarenfermeria.com/personal_estatutario.htm.
2. Paredes Palomo L. Riesgos en personal sanitario III: Trabajos de mantenimiento. [Internet]. Quirón Prevención. Available from: <https://>

[//www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/riesgospersonalsanitario-iii-trabajos-mantenimiento](http://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/riesgospersonalsanitario-iii-trabajos-mantenimiento).

Capítulo 484

PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA DE UN HOSPITAL Y LOS RIESGOS ELÉCTRICOS

JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

RAMÓN SERRANO LÓPEZ

SERGIO GARCÍA ZAMORA

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

1 Introducción

Hablaremos de los riesgos asociados con el trabajo con electricidad y quienes se ven perjudicados por ella, así como del personal de administración y servicio, como los electricistas, que realizan el mantenimiento y las reparaciones en hospitales, clínicas y otras instalaciones de atención médica.

La forma de energía más común que usamos hoy en día, tanto en el hogar como en el trabajo, es la electricidad. El hecho de que se trate de energía limpia es la principal justificación. Debido a su ausencia, esto pone en peligro a las personas y sus bienes.

Por tanto, debe tenerse en cuenta el riesgo eléctrico, que se refiere a la posibilidad de exponer el cuerpo humano a la corriente eléctrica o la capacidad de circulación

de la corriente eléctrica en el cuerpo humano. Los contactos actuales vienen en dos variedades:.

- Directamente: Si alguien toca un componente eléctrico de una instalación o un componente eléctrico que se energiza regularmente.
- Indirecto: Cuando una persona sin darse cuenta hace contacto con un ser vivo. Las instalaciones eléctricas (transformadores, generadores, tomas, tableros eléctricos), equipos electromédicos (equipos de diagnóstico, lectura, control de reanimación), oficinas (computadoras, impresoras) y herramientas del personal de mantenimiento (taladro, pulidora, esmeriladora), entre otros, son encontrados en hospitales.

2 Objetivos

Conocer los efectos del paso de corriente a través del cuerpo humano, enunciar los factores que influyen en los efectos de los fenómenos de contacto y describir las principales precauciones ante riesgos eléctricos que deben tener los electricistas del hospital.

3 Metodología

Una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica disponible fue parte de los estudios realizados. Revisamos las guías y notas técnicas más importantes del Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud.

4 Resultados

Las lesiones físicas secundarias por colisiones, caídas, etc. pueden resultar del flujo de corriente a través del cuerpo humano. Entre ellas destacamos:

- Fibrilación ventricular: Un latido cardíaco irregular que impide que la sangre sea bombeada a los órganos y hace que el corazón lata fuera de su ritmo habitual.
- Las quemaduras son el resultado del calor producido por una corriente eléctrica que recorre el cuerpo.
- Cuando una corriente eléctrica pasa a través de los músculos, provoca tetanización o movimiento incontrolable. control sobre las manos, los brazos, los músculos del pecho, etc. Dependiendo de dónde fluya la corriente, se pierde algo de energía.

- Asfixia: El paso de corriente eléctrica puede producir una alteración del sistema nervioso central, que controla la función respiratoria.

Estas son las principales variables que afectan el voltaje:

- Amperaje: Las principales variables que tienen mayor impacto en los resultados y lesiones por accidentes eléctricos.

- Umbral de percepción: el valor mínimo que produce la percepción humana a lo largo del pasaje. - Respuesta de umbral: la menor cantidad de corriente necesaria para provocar la contracción muscular.

- Umbral de no expansión: La corriente máxima que el electrodo es capaz de entregar mientras se mantiene.

- Umbral de fibrilación ventricular: el valor más bajo en el que se puede producir una fibrilación ventricular.

- Tiempo de contacto eléctrico: un valor de corriente dado puede tener un impacto menor en un sistema eléctrico cuando el tiempo de contacto es más corto.

- La reactividad del cuerpo humano es importante en cómo se desarrolla un accidente y está influenciada por el voltaje, la frecuencia y la duración del flujo de corriente.

- Tensión aplicada: es segura siempre que el amperaje y la resistencia del cuerpo estén dentro de unos límites (ley de Ohm).

- Frecuencias de CA: las frecuencias altas representan una amenaza menor que las frecuencias bajas.

- Flujo de corriente del cuerpo: El flujo de corriente del cuerpo determina la gravedad.

Las pautas básicas de precaución son:

- Examinar el estado de los cables antes de utilizar cualquier equipo eléctrico.

- Apagar cualquier aparato o máquina eléctrica antes de enchufarlos o desenchufarlos.

- No se deben quitar los enchufes de las máquinas, herramientas o equipos eléctricos tirando de los cables.

- Evitar el uso de ladrones para sobrecargar el enchufe.

- Evitar manipular los componentes eléctricos con las manos mojadas, en un ambiente demasiado húmedo o si tienen el potencial de mojarse por accidente.

- No cambiar ni eliminar la seguridad de ningún equipo, edificio o sistema.

- Estar atento al sobrecalentamiento inusual de motores, cables, gabinetes y equipos.

- Abstenerse de hacer contacto físico con el imputado.

- Los incendios eléctricos deben apagarse con un extintor Clase C. Para apagar un fuego, nunca usar agua.

Antes de limpiar, ajustar y mantener herramientas y equipos, la red eléctrica debe estar apagada y realizar inspecciones regulares y un buen mantenimiento son necesarios para las instalaciones eléctricas.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la sensibilidad de los equipos médicos es fundamental contar con una instalación eléctrica adecuada, en buen estado y que reciba mantenimiento de rutina en la industria de la salud. Esto ayudará a reducir el riesgo de exposición eléctrica tanto para el personal como para los pacientes. Por ejemplo, el uso frecuente de dispositivos electromédicos en los quirófanos pone a los pacientes en riesgo de electrocución, lo que puede provocar daños irreparables o incluso la muerte.

El equipo de mantenimiento debe ser notificado en caso de que se descubra alguna falla en la instalación o en el dispositivo para que pueda enviar personal calificado y examinado.

6 Bibliografía

1. Insst.es. 2020 [cited 6 December 2020]. Available from:https://www.insst.es/documents/94886/326827/ntp_400.pdf/d3258cf4-bcbb-4a13-83e0-aa53d24d4c5b.
2. Vídeo - Riesgo eléctrico: las cinco reglas de oro - Año 2019 [Internet]. Insst.es.2020 [cited 6 December 2020]. Available from:<https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones>.

Capítulo 485

LAS TAREAS REALIZADAS POR EL PERSONAL SUBALTERNO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS. FUNCIONES DEL CELADOR RELACIONADAS CON EL PACIENTE

ALICIA LÓPEZ IÑESTA GARCÍA CARPINTERO

1 Introducción

Es muy común que se relacione a todo el personal que desarrolla su actividad laboral en un centro sanitario, como si fuese personal sanitario, especialmente aquellos que están en continuo contacto con el paciente. Sin embargo, existe una categoría profesional que interviene durante todo el proceso asistencial del paciente y que no es personal sanitario, nos referíamos al personal subalterno.

El personal subalterno, pertenecientes a la escala básica de la categoría de gestión y servicios, se encuentra presente en cada uno de los servicios que proporciona asistencia médica en los centros de salud y centros de hospitalización. A pesar de no tener una formación académica relacionada con su categoría, son los encargados de realizar cada una de las acciones que no son desarrolladas por el resto de las categorías profesionales sanitarias, sin llegar al intrusismo de otra categoría profesional.

El personal subalterno deberá reunir una serie de requisitos para poder formar parte de esta categoría, entre los que destacan:

- Tener la mayoría de edad, o edad permitida para trabajar.

- Tener las capacidades necesarias para realizar las funciones encomendadas.
- Tener una equivalencia de estudios igual o superior al graduado escolar.
- No tener una separación firme del servicio en otra administración pública.

2 Objetivos

- Conocer los requisitos que deben cumplir los celadores para poder desarrollar su actuación en los centros sanitarios.
- Detallar las clasificaciones existentes de las funciones de los celadores.
- Enumerar las funciones ejecutadas por el personal subalterno en los centros sanitarios.

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 funciones desarrolladas por los celadores en los centros sanitarios, son todas aquellas que se encuentran recogidas en la Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social, o aquellas que por su naturaleza, desarrollo o actividad sea análoga a las encontradas en esta orden.

Las funciones desempeñadas en los centros sanitarios pueden dividirse en dos grandes categorías:

- Funciones relacionadas con la atención del paciente.
- Funciones relacionadas con el funcionamiento del centro sanitario.

A su vez, estas dos grandes categorías pueden ser subdivididas en secciones más concretas, como pueden ser:

- Funciones relacionadas con la atención del paciente. o Funciones relacionadas directamente al paciente. o Funciones relacionadas con el paciente, pero llevadas a cabo por otra categoría profesional con la ayuda del celador.

- Funciones relacionadas con el funcionamiento del centro sanitario. o Funciones relacionadas con la vigilancia del centro sanitario. o Funciones relacionadas con el mantenimiento del orden y el silencio en el interior del centro sanitario.

A continuación, se va a explicar las funciones desarrollados por los celadores en relación con el paciente.

- Funciones relacionadas directamente al paciente. o Trasladar al paciente en el interior del centro sanitario, para la realización de pruebas, intervenciones o ingresos. o Movilizar al paciente para posicionarlo en una postura que le proporcione comodidad. o Dar información sobre la localización de los servicios. o Dar información sobre la normativa establecida por la dirección del centro sanitario.
- Funciones relacionadas con el paciente, pero llevadas a cabo por otra categoría profesional con la ayuda del celador. o Movilizar al paciente durante las exploraciones. o Movilizar al paciente durante las curas. o Movilizar al paciente durante el aseo diario y cambio de pañal.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Las tareas realizadas por el personal subalterno en los centros hospitalarios. Funciones del celador relacionadas con el paciente” nos demuestran la clasificación de las funciones ejecutadas por los celadores dependiendo de su actuación para el funcionamiento del centro sanitario, o para la asistencia médica del paciente. Como se ha mencionado con anterioridad, los celadores se encuentran en todos los servicios del centro sanitario, de ahí la importancia del celador durante todo el proceso asistencial del paciente. Este hecho destaca la importancia del celador de desarrollar su actividad con el mayor respeto hacia el paciente y sus familiares al ser momentos muy difíciles para ellos.

6 Bibliografía

1. 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 486

LOS PACIENTES TERMINALES Y LAS FUNCIONES QUE REALIZAN EN ELLOS LOS CELADORES

DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN

RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ

CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES

YOANA DÍAZ ROMERO

ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La OMS junto con la Sociedad Española de cuidados paliativos, definen al paciente terminal como aquel paciente que tiene una enfermedad incurable y que actualmente sigue progresando y con una gran velocidad y es por esa razón que tienden a tener un pronóstico vital limitado y además reservado.

Estos pacientes en fases terminales, son enfermos que no han tenido ningún resultado o alguna mejoría con los distintos medicamentos que sus propios médicos especialistas les han ido administrando.

Por estos motivos se espera a la muerte en un tiempo mínimo de 3 a 6 meses.

El trato que se debe de tener con estos enfermos que tiene una enfermedad terminal es de ya no mirar el curarlos, sino conseguir darles los cuidados necesarios

que en estos momentos tan difíciles necesitan como darles una ayuda psicológica y conseguir quitarles los dolores.

A este tipo de pacientes hay que cuidarlos no solo físicamente sino psicológicamente también, ya que están en una de las etapas más duras, pero no solo para el enfermo que está sufriendo, sino también para los acompañantes y familiares que se encuentran con él, ya que los familiares son espectadores externos de lo que le está sucediendo al paciente.

Por estas razones el personal sanitario que está compuesto por un gran equipo multidisciplinar que son los médicos, los enfermeros, los auxiliares de enfermería y también al personal no sanitario como lo son los celadores, que tienen que guardar consideración, humanidad y aprensión por estos pacientes, por su situación y por sus familiares, ya que están pasando por unos momentos difíciles y complicados y es por estas razón por las que hay que sentir humanidad hacia ellos.

El celador con los enfermos terminales debe de tener una buena formación para saber cómo actuar ante el paciente y sus familiares.

2 Objetivos

Explicar cuáles son las actitudes y las labores que deben de cumplir los celadores ante estas situaciones.

3 Metodología

Para conseguir las explicaciones en este capítulo, hemos extraído la información de varias fuentes de investigación: Elsevier, Auxiliar-enfermería.

Además de haber podido contrastar la información con los siguientes centros hospitalarios: Hospital del valle de Toledo, hospital de paraplégicos de Toledo.

Las palabras claves son: enfermo, celador, tareas.

4 Resultados

En este apartado vamos a explicar cuáles son las diferentes funciones del celador que realizan los celadores ante el paciente terminal:

Proporcionarán una observación continuada y personalizada, desarrollando así la dignidad del enfermo.

Realizarán a los pacientes una higiene diaria y constante además de mantener limpia la unidad del enfermo.

El habitáculo del enfermo es todo aquello que le corresponde al paciente, por ejemplo: Su mobiliario y todo aquel instrumental que el enfermo utilice o que necesite.

Vigilarán comportamiento de los familiares ante algunas situaciones que se puedan dar así como cuidarán de los comentarios que puedan decir.

Los celadores tienen que mostrar empatía, para conseguir comprender tanto a los familiares como a los enfermos que se encuentran en estas situaciones tan críticas.

Deberán estar atentos ante las necesidades psicológicas del enfermo e intentar comprenderlo.

Los enfermos terminales pasan por 5 fases antes de la aprobación de la muerte, pero no todos los enfermos logran pasar por las 5 fases aunque casi todos pasan por al menos 2 de ellas.

La primera etapa a la que se enfrenta el paciente es la negación, es un enfrentamiento que tiene el enfermo, ya que este no acepta la enfermedad.

La segunda fase con la que se encuentra el paciente es la de la ira, el paciente en esta etapa siente pena, disconformidad, además de coraje.

La tercera etapa con la que se topa el paciente es la de negociación, en esta fase el enfermo empieza a digerir el triste desenlace pero intentará posponer y prolongar el enlace final.

Y la cuarta y quinta fase son las más duras, ya que se trata de la aceptación del paciente ya ha aceptado el trágico destino que le espera, la muerte.

Cada persona es un mundo diferente y por lo tanto, cada persona pasa por un duelo distinto.

En estos casos el celador de este servicio tiene que tratar a cada enfermo de una manera distinta, pero siempre teniendo en cuenta las creencias de cada uno.

El celador respetará el espacio que los acompañantes y familiares de los pacientes le puedan llegar a pedir.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión sobre los distintos comportamientos y sobre las diferentes funciones que el celador debe de tener.

El celador es una parte esencial dentro del grupo de sanitarios que se localizan cuidando al paciente en el estado terminal de sus últimos alientos de vida.

El celador junto con el equipo de sanitarios buscarán la comodidad del enfermo en la fase terminal ante todo lo demás, por eso deben de tener unos objetivos claros ante este tipo de pacientes.

Para poder ofrecerle unos cuidados más específicos a cada uno de los enfermos, el celador tiene que saber en qué etapa se encuentra el enfermo, y así poder lograr que el celador se ponga en el lugar del paciente y poder tener empatía por él.

Los celadores tienen que recibir una formación específica sobre cuidados paliativos, de esta manera se logra conseguir que los pacientes se encuentren como en su casa.

Con esta formación cooperamos a que los celadores puedan realizar un correcto trabajo y consigamos además que puedan ofrecer ayuda al personal sanitario, a los enfermos terminales y a sus familiares.

6 Bibliografía

Funciones del Auxiliar de Enfermería en las distintas áreas o Servicios - T.C.A.E. (s/f). Auxiliar-enfermeria.com. Recuperado el 23 de septiembre de 2022, de http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_auxenf.htm

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/>

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.boe.es/>

Capítulo 487

LOS CELADORES Y SUS DIFERENTES FUNCIONES EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN

RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ

CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES

YOANA DÍAZ ROMERO

ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Según la OMS anatomía patológica es la ciencia que examina sobre las bases morfológicas de las diferentes enfermedades.

Aunque hay indicios de que se pudieron realizar autopsias antes de Cristo, el italiano Antonio Di Paolo Benivieni mas o menos en la franja 1443-1502 realizó los primeros escritos sobre los resultados de las autopsias, y gracias a estos estudios y escritos se logró conocer muchas de las enfermedades que conocemos hoy en día.

La primera autopsia que realizó en Praga fue en el año 1600 por el catedrático y médico de la universidad de Wittenberg Jan Jesenius.

El área de anatomía patológica lleva el mismo tiempo activa que la medicina, ya que en anatomía patológica lo que se realiza es estudio directo sobre el órgano enfermo.

Hacia el año 1958 se creó la sociedad española de anatomía patológica, sobre la década más o menos de los 60 se establece la especialidad en los distintos centros hospitalarios de la seguridad social.

La formación sobre la anatomía patológica ha avanzado con el paso de los tiempos y han ido incorporando distintas técnicas, una de ellas es por ejemplo el microscopio, etc. pero uno de lo mas importante es el de las técnicas moleculares que gracias a él podemos realizar diferentes estudios para así saber un poco más sobre las diferentes patologías del cáncer.

2 Objetivos

El objetivo que queremos conseguir con este capítulo es acercarnos un poco más a los conocimientos sobre las diferentes tareas que realizan los celadores en este servicio en su día a día

3 Metodología

Para lograr entender como funciona el servicio gracias a las funciones de los celadores, hemos obtenido la información de las siguientes páginas webs: Scielo, Auxiliar-Enfermería, Medline. además hemos contrastado la información con los siguientes centros hospitalarios: Hospital Universitario de Toledo.

Las palabras mas utilizadas en este capítulo han sido: Celador, Funciones, Anatomía Patológica.

4 Resultados

En este capítulo queremos mostrar la gran importancia que tiene el celador en esta zona de trabajo, comenzando por la labor de transportar el cadáver y continuando por el transporte de este hasta la sala de las autopsias o mortuorios.

Cabe sobresaltar que el cadáver va a ser movido constantemente por el celador del área de anatomía patológica hacia las diferentes salas de autopsias.

Una vez en la sala de autopsias tendremos dos alternativas, la primera es que al llegar a la sala de autopsias no se le vaya a realizar la autopsia en ese preciso momento, sino que se la realizarán más tarde, en ese caso el celador deberá dejar el cadáver en una de las cámaras frigoríficas hasta que se le dé un nuevo aviso.

La segunda alternativa que tienen, es que la autopsia se vaya a realizar en ese preciso momento, entonces el celador tiene la responsabilidad de acomodar el

cadáver sobre la mesa donde se le vaya a efectuar la autopsia, por la parte del celador del servicio de anatomía patológica las principales y elementales labores serán de auxiliar al médico anatomopatólogo o médico forense.

Las funciones de los celadores se dividen en 3 partes diferentes pero a la vez muy importantes.

La primera parte son las funciones antes de la autopsia.

El celador deberá quitar el cadáver de la cámara frigorífica, luego se ejecutará el traslado del cadáver, siempre deben ir debidamente identificados con su nombre y apellidos, en un lugar que sea totalmente visible y además se encuentre en el cuerpo del fallecido. el celador del área de anatomía patológica tiene como una de las principales labores la de estructurar el cadáver en la mesa de autopsias. este será el encargado de desmortajarlo y posicionarlo en la correcta postura, una vez se encuentre encima de la mesa de autopsias.

La segunda fase importante son las labores que se van realizan durante la autopsia.

El celador de este área, tendrá una de las labores más importantes, prestará su ayudar a los profesionales titulados a la efectuación de todas aquellas prácticas que no implica en ningún momento la utilidad del instrumental sobre el cadáver. Atenderá a la realización de los movimientos que le sean manifestados por el médico forense, en aquellas prácticas con los distintos instrumentos que no estén definidos para una persona fallecida, son indispensables para la realización de la autopsia.

Los órganos del cadáver son pesados por el celador del área de anatomía patológica, el celador será el único responsable de registrar el peso y además de introducirlos en los diferentes cubos herméticos que le señale el médico forense. Al celador de esta área se le confiará el completar al cadáver con papel, una vez que se le haya practicado la autopsia y se le haya vaciado los órganos.

La tercera parte más importante de la autopsia.

El celador de este área se cuidará de asear y restaurar el cadáver para que este quede bien y además también para que pueda llevar a cabo el amortajamiento, siempre y cuando se le haya realizado la autopsia deberá limpiar la sala, la mesa y el instrumental utilizado en la autopsia.

Trasladarán las diferentes muestras que se hayan reunido en la autopsia y las transportarán al servicio de anatomía patológica.

Tendrán la obligación de distribuir los diferentes resultados de las biopsias y las demás pruebas que se le hayan efectuado al cadáver por las distintas áreas del centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Una vez terminada esta pequeña publicación sobre las diferentes labores que debe de realizar el celador del servicio de anatomía patológica, podemos contemplar y acentuar que las labores que los efectúan los celadores son prácticamente o parecidas a las diferentes las labores de auxiliar de enfermería, ya que debe obedecer constantemente y en todo momento las instrucciones que le pueda dar el médico forense o sus diferentes superiores.

El celador tiene que cumplir a la perfección la norma de no utilizar ninguno de los diferentes instrumentos sobre el cuerpo sin vida del enfermo.

Y para concluir esta publicación cabe destacar que en esta área hay que tratar el cuerpo sin vida de enfermo con mucho respeto, educación y con la necesidad que en ese momento se necesita.

6 Bibliografía

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.boe.es/>

Historia de las Ciencias de la Salud – Programa de Posgrado. (s/f). Unam.mx. Recuperado el 26 de mayo de 2022, de <https://www.pmdcmos.unam.mx/ciencias-sociomedicas/historia-de-las-ciencias-de-la-salud/>

¿Qué es un celador y qué hace? (2018, septiembre 21). Ifp.es. <https://www.ifp.es/blog/que-es-un-celador-y-que-hace>

Capítulo 488

EL PAPEL DEL CELADOR EN LA HIGIENE Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA

M^a DE LAS MERCEDES GARCÍA DÍAZ

1 Introducción

Dentro del ámbito hospitalario, donde la fragilidad de la salud y la recuperación de los pacientes se entrelazan, surge la imperiosa necesidad de prevenir infecciones, erigiéndose como un pilar irrenunciable para salvaguardar la seguridad y el bienestar de quienes transitan por estos recintos. En este contexto, el rol del celador adquiere una significativa relevancia al promover y ejecutar prácticas de higiene y desinfección. Este trabajo se adentra en los meandros de cómo los celadores, a menudo relegados a las sombras en comparación con el personal médico, desempeñan una función esencial en la prevención de infecciones, contribuyendo de manera sustancial a la construcción de un entorno hospitalario más seguro y saludable para pacientes, trabajadores y visitantes.

Los hospitales, por su propia naturaleza, convergen una diversidad de patologías, pacientes con sistemas inmunológicos comprometidos y una circulación constante de personal, elementos que los convierten en terrenos fértiles para la propagación de infecciones. La higiene y desinfección en este contexto no se limitan a trámites superficiales, sino que son auténticas murallas protectoras que exigen esfuerzos persistentes y coordinados. Si bien médicos y enfermeras tienden a ser los rostros que sobresalen en el escenario médico, el personal de celadores opera en los bastidores, encargándose de tareas críticas que, en ocasiones, pasan

desapercibidas. Estas labores comprenden desde una pulcra limpieza de áreas de frecuente contacto hasta el manejo apropiado de residuos infecciosos, sin olvidar su colaboración activa con el equipo de salud en la implementación de protocolos de prevención.

2 Objetivos

Analizar en profundidad el rol de los celadores en hospitales, enfocándose en cómo sus acciones contribuyen a la prevención de infecciones a través de prácticas de higiene y desinfección.

3 Metodología

Para elaborar este informe, se llevó a cabo una exploración en la literatura referente al Papel del Celador en la Higiene y Desinfección Hospitalaria, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se examinaron diversas fuentes como sitios web, publicaciones periódicas y repositorios de información sanitaria.

4 Resultados

En el mundo de los hospitales prevenir infecciones se convierte en un objetivo sumamente importante. Aquí es donde los celadores desempeñan un papel significativo, aunque su labor a menudo pase desapercibida. Aunque no sean tan conocidos como los médicos y enfermeras, su trabajo en la higiene y desinfección es vital para mantener un entorno seguro y saludable para todos.

El ambiente hospitalario es propicio para la propagación de infecciones, requiere una atención meticulosa en términos de limpieza y prevención. Ahí es donde entran en acción los celadores, realizando tareas esenciales que ayudan a evitar la propagación de gérmenes y enfermedades.

En el frente de la limpieza, los celadores realizan una labor importante. Se encargan de limpiar y desinfectar superficies y objetos que son tocados por muchas personas, como camas, barandillas y dispositivos electrónicos. Estas acciones, que pueden parecer simples, tienen un impacto sustancial en la prevención de la propagación de infecciones.

Además de la limpieza, los celadores también manejan los desechos médicos de manera adecuada. En un entorno hospitalario, se generan varios tipos de residuos, algunos de los cuales pueden ser peligrosos si no se manejan correctamente. Los celadores se aseguran de recoger y desechar estos desechos siguiendo los procedimientos correctos, evitando así riesgos innecesarios.

Un factor clave para prevenir infecciones es seguir protocolos estrictos de higiene y desinfección. Aquí es donde los celadores juegan un papel crucial al garantizar que se cumplan estas reglas de manera rigurosa. Su conocimiento y adhesión a estas normativas contribuyen directamente a mantener un ambiente limpio y seguro en el hospital.

Los celadores también colaboran estrechamente con enfermeras y médicos. Su presencia constante en diversas áreas del hospital les permite identificar necesidades específicas en términos de limpieza y prevención. Trabajando juntos, el equipo médico y los celadores pueden abordar y resolver problemas de manera más efectiva.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito hospitalario, los celadores desempeñan un rol esencial en la prevención de infecciones en los hospitales, siguiendo de manera estricta los distintos protocolos de desinfección e higiene existentes. No es solo cuestión de limpieza, también se trata de promover prácticas de limpieza y colaboración de manera interdisciplinar en equipo. Aunque a veces no se les dé mucha relevancia a este tipo de funciones menos visibles, su contribución para mantener el hospital seguro y saludable es muy importante. Su dedicación y trabajo en equipo demuestran que prevenir infecciones es un esfuerzo colectivo que involucra a todos en el centro hospitalario.

6 Bibliografía

Martínez, A. B., Rodríguez, C. D., & Pérez, E. F. (2020). Importancia de la higiene en la prevención de infecciones hospitalarias. *Revista de Salud Pública*

Sánchez, L. M., Gómez, R. A., & Fernández, J. M. (2019). Papel del personal de limpieza en la prevención de infecciones nosocomiales. *Enfermería Clínica*

Capítulo 489

FUNCIONES DEL PINCHE DE LA COCINA HOSPITALARIA EN LA ELAVORACIÓN DE LOS MENUS DE LOS PACIENTES

YOLANDA VELASCO ESPEJO

DAVID NAVARRO MASIP

MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN

ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS

ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

La dieta sin residuos hospitalaria es un régimen alimentario prescrito para pacientes que requieren una preparación intestinal antes de ciertos procedimientos médicos o cirugías. El concepto se basa en la eliminación de alimentos que son difíciles de digerir y que pueden dejar residuos en el tracto digestivo, lo que podría interferir con la efectividad del procedimiento o cirugía.

El objetivo principal de la dieta sin residuos es reducir al máximo la formación de heces y disminuir la carga fecal en el intestino. Esto se logra evitando alimentos ricos en fibra, grasas, lactosa y otros componentes que puedan causar acumulación de residuos en el tracto digestivo. La dieta se basa principalmente

en alimentos de fácil digestión, como caldos claros, gelatinas, purés, jugos sin pulpa y productos lácteos bajos en grasa.

La dieta sin residuos hospitalaria es temporal y se sigue bajo la supervisión del personal médico y nutricionista. La duración de la dieta varía según las indicaciones médicas y el procedimiento o cirugía que se va a realizar. Es importante seguir estrictamente las recomendaciones y evitar cualquier alimento o bebida no permitidos durante este período.

Es fundamental tener en cuenta que la dieta sin residuos hospitalaria no proporciona una nutrición completa y equilibrada a largo plazo, por lo que se utiliza solo por un tiempo limitado. Después de completar el procedimiento o cirugía, se reintroducen gradualmente los alimentos regulares según las indicaciones médicas.

2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es mostrar las funciones del pinche de cocina en la elaboración de las distintas dietas hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación se ha buscado en los principales buscadores indexados como PUBMED y SCIELO para después seleccionar después los artículos de los que se ha extraído la información para realizar las publicaciones en la elaboración de las dietas hospitalarias.

4 Resultados

El pinche de cocina desempeña un papel crucial en la elaboración de la dieta sin residuos hospitalaria. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del pinche de cocina en este proceso:

Preparación y selección de alimentos: El pinche de cocina es responsable de la preparación y selección de los alimentos utilizados en la dieta sin residuos. Esto implica elegir ingredientes frescos y de alta calidad, asegurándose de que cumplan con los estándares nutricionales necesarios. Además, debe conocer las pautas y recomendaciones específicas para la dieta sin residuos y utilizar métodos de cocción adecuados para garantizar que los alimentos sean fácilmente digeribles.

Eliminación de fibra y residuos: El pinche de cocina debe asegurarse de que los alimentos utilizados en la dieta sin residuos sean bajos en fibra y no dejen resid-

uos en el tracto digestivo. Esto implica retirar la piel, semillas y partes fibrosas de las frutas y verduras, así como evitar alimentos ricos en fibra, como granos enteros, legumbres y vegetales crujientes. Además, debe utilizar técnicas de cocción suave y procesamiento adecuado para asegurar que los alimentos sean fácilmente digeribles y no dejen residuos.

Adaptación de texturas y consistencias: El pinche de cocina debe adaptar las texturas y consistencias de los alimentos según las necesidades de la dieta sin residuos. Esto puede implicar triturar, licuar o procesar los alimentos para obtener una consistencia suave y fácil de digerir. También debe prestar atención a la temperatura de los alimentos, asegurándose de que estén tibios o fríos según las preferencias del paciente y las indicaciones médicas.

Presentación visual de los platos: Aunque la dieta sin residuos se basa en alimentos de consistencia suave, el pinche de cocina puede ser creativo en la presentación visual de los platos. Esto puede incluir el uso de moldes o aros para dar forma a los alimentos, la decoración con hierbas frescas o especias y la disposición atractiva de los alimentos en el plato. Aunque los pacientes están limitados en cuanto a lo que pueden comer, una presentación visual agradable puede mejorar la experiencia y el apetito.

Control de calidad y seguridad alimentaria: El pinche de cocina debe cumplir con las normas de higiene y seguridad alimentaria en todo momento. Esto implica mantener una cocina limpia y ordenada, seguir los procedimientos adecuados de manipulación de alimentos, almacenar los ingredientes correctamente y asegurarse de que los utensilios y equipos estén en buen estado. Además, debe colaborar en el control de calidad de los alimentos, reportando cualquier problema o preocupación al personal adecuado.

Es importante destacar que el pinche de cocina trabaja bajo la supervisión y dirección del chef o del personal de cocina responsable. También debe mantener una comunicación abierta y constante con el equipo de nutrición y el personal médico para asegurar la correcta implementación de la dieta sin residuos.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación clave en la elaboración de la dieta sin residuos hospitalaria es asegurarse de que los alimentos sean fácilmente digeribles y no dejen residuos en el tracto digestivo. Utiliza ingredientes frescos y de alta calidad, evitando aquellos que sean ricos en fibra o difíciles de digerir. Adaptar las texturas y consistencias de los alimentos según las necesidades de la dieta, procesándolos o triturándolos cuando sea necesario. Presta atención a la presentación visual de los

platos, manteniendo una presentación atractiva y apetitosa, a pesar de las restricciones en texturas. Cumple con las normas de higiene y seguridad alimentaria en todo momento para garantizar la calidad y seguridad de los alimentos preparados. Además, mantén una comunicación constante con el personal médico y nutricionista para asegurar que la dieta se ajuste a las necesidades individuales de cada paciente.

6 Bibliografía

Rodríguez Arias, O. D., Hodelín Hodelín, M. C., González Ortiz, M., & Flores Bolívar, F. (2012). Dietas en las instituciones hospitalarias. *Medisan*, 16(10), 1600-1610.

Capítulo 490

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN LA PREPARACIÓN DE DIETAS BLANDAS

YOLANDA VELASCO ESPEJO

DAVID NAVARRO MASIP

MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN

ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS

ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

La dieta de fácil masticación hospitalaria es un tipo de régimen alimentario diseñado especialmente para personas con dificultades para masticar y tragar alimentos sólidos debido a problemas de salud, disfunción bucal o problemas de deglución. El concepto de esta dieta se basa en proporcionar alimentos de textura suave y fácil de masticar, lo que facilita la ingestión y digestión de los alimentos. La dieta de fácil masticación hospitalaria se centra en ofrecer alimentos que sean blandos, tiernos y fáciles de triturar o desmenuzar con los dientes o con utensilios de cocina. Esto incluye alimentos como purés, sopas cremosas, papillas, pudines, compotas y alimentos cocidos de consistencia suave. Se evitan los alimentos duros, fibrosos o que requieren una masticación prolongada.

El objetivo principal de esta dieta es garantizar que los pacientes reciban una alimentación adecuada y suficiente, a pesar de sus dificultades para masticar y tragar alimentos sólidos. Además, se busca prevenir el riesgo de atragantamiento y mejorar la seguridad alimentaria.

Es importante tener en cuenta que la dieta de fácil masticación hospitalaria se adapta a las necesidades y preferencias individuales de cada paciente, considerando su condición médica, capacidad de masticación y restricciones dietéticas específicas. Por ello, se prescribe y se ajusta bajo la supervisión de un equipo médico y un nutricionista especializado.

El pinche de cocina desempeña un papel clave en la elaboración de la dieta de fácil masticación hospitalaria. Sus funciones incluyen la preparación y selección de alimentos de textura suave, adaptar las recetas y técnicas de cocción para obtener una consistencia adecuada, y colaborar en la presentación visual de los platos para hacerlos atractivos y apetitosos.

Es importante que el pinche de cocina mantenga una comunicación constante con el equipo de nutrición y el personal médico para asegurar que se cumplan las necesidades nutricionales y las restricciones dietéticas de cada paciente. Además, debe seguir las normas de higiene y seguridad alimentaria en todo momento para garantizar la calidad y seguridad de los alimentos preparados.

La dieta de fácil masticación hospitalaria es un régimen alimentario diseñado para personas con dificultades para masticar y tragar alimentos sólidos. Se basa en ofrecer alimentos de textura suave y fácil de masticar, con el objetivo de garantizar una alimentación adecuada y prevenir el riesgo de atragantamiento.

El pinche de cocina desempeña un papel importante en la preparación de esta dieta, adaptando los alimentos a una consistencia adecuada y colaborando en la presentación visual de los platos.

2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es mostrar las funciones del pinche de cocina en la elaboración de las distintas dietas hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación se ha buscado en los principales buscadores indexados como PUBMED y SCIELO para después seleccionar después los artículos de los que se ha extraído la información para realizar las publicaciones en la elaboración de las dietas hospitalarias.

4 Resultados

El pinche de cocina juega un papel fundamental en la elaboración de una dieta de fácil masticación. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del pinche de cocina en este proceso:

Selección y preparación de alimentos: El pinche de cocina es responsable de seleccionar los alimentos adecuados para una dieta de fácil masticación. Esto implica elegir alimentos blandos, tiernos y de textura suave que sean fáciles de masticar y tragar. Deben evitarse alimentos duros, fibrosos o que requieran una masticación prolongada. El pinche de cocina también debe asegurarse de que los alimentos estén frescos, de alta calidad y cumplan con los estándares de seguridad alimentaria.

Adaptación de recetas y técnicas de cocción: El pinche de cocina debe adaptar las recetas y técnicas de cocción para obtener una consistencia adecuada en los alimentos. Esto puede implicar triturar, mezclar, licuar o procesar los ingredientes para obtener una textura suave y fácil de masticar. También pueden utilizarse técnicas de cocción como hervir, cocer al vapor o asar a baja temperatura para lograr la textura deseada.

Presentación visual de los platos: Aunque la dieta de fácil masticación se basa en alimentos de textura suave, el pinche de cocina puede hacer esfuerzos para presentar los platos de manera atractiva y apetitosa. Esto puede incluir la decoración con hierbas frescas, la utilización de moldes o aros para dar forma a los alimentos y la disposición cuidadosa de los ingredientes en el plato. Una presentación visual agradable puede aumentar el apetito y el disfrute de la comida.

Colaboración con el equipo de nutrición: El pinche de cocina debe mantener una comunicación constante con el equipo de nutrición y el personal médico para comprender las necesidades dietéticas específicas de cada paciente. Deben seguir las indicaciones proporcionadas por el equipo de nutrición en cuanto a las restricciones dietéticas y las preferencias individuales de cada paciente. También deben estar dispuestos a recibir retroalimentación y realizar ajustes en la preparación de los alimentos según sea necesario.

Control de calidad y seguridad alimentaria: El pinche de cocina debe cumplir con las normas de higiene y seguridad alimentaria en todo momento. Esto implica mantener una cocina limpia y ordenada, seguir los procedimientos adecuados de manipulación de alimentos, almacenar los ingredientes correctamente y asegurarse de que los utensilios y equipos estén en buen estado. Además, deben estar atentos a cualquier problema de calidad alimentaria y reportarlo al personal adecuado.

En resumen, el pinche de cocina desempeña un papel esencial en la elaboración de una dieta de fácil masticación. Sus funciones incluyen la selección y preparación de alimentos, la adaptación de recetas y técnicas de cocción, la presentación visual de los platos, la colaboración con el equipo de nutrición y el control de calidad y seguridad alimentaria. Su contribución es fundamental para garantizar que los pacientes con dificultades para masticar y tragar reciban una dieta adecuada y segura.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación clave en la elaboración de la dieta de fácil masticación hospitalaria es asegurarse de que los alimentos sean de textura suave y fáciles de masticar. Utiliza ingredientes frescos y de alta calidad para garantizar una consistencia adecuada. Adaptar las técnicas de cocción y procesamiento para obtener una textura suave, como triturar, licuar o procesar los alimentos cuando sea necesario. Presta atención a la presentación visual de los platos, haciendo que sean atractivos y apetitosos. Mantén una comunicación constante con el equipo de nutrición y el personal médico para asegurar que la dieta cumpla con las necesidades y preferencias individuales de cada paciente. Cumple con las normas de higiene y seguridad alimentaria para garantizar la calidad y seguridad de los alimentos preparados.

6 Bibliografía

Rodríguez Arias, O. D., Hodelín Hodelín, M. C., González Ortiz, M., & Flores Bolívar, F. (2012). Dietas en las instituciones hospitalarias. *Medisan*, 16(10), 1600-1610.

Capítulo 491

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y SUS FUNCIONES EN LA PRODUCCIÓN DE LA DIETA BASAL DE LOS PACIENTES

YOLANDA VELASCO ESPEJO

DAVID NAVARRO MASIP

MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN

ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS

ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

La dieta basal hospitalaria es un régimen alimentario diseñado para proporcionar una ingesta calórica y nutricional adecuada a los pacientes hospitalizados que no tienen restricciones dietéticas específicas. El concepto de esta dieta se basa en ofrecer un aporte básico de nutrientes esenciales para mantener el equilibrio nutricional y satisfacer las necesidades básicas del organismo.

La dieta basal hospitalaria está diseñada para brindar una alimentación equilibrada que contenga una variedad de nutrientes, como proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales. Se utiliza como una base para la alimentación hospitalaria, adaptándose a las necesidades individuales de cada paciente, teniendo en cuenta su estado de salud, edad, peso y actividad física.

La dieta basal hospitalaria incluye alimentos como carnes magras, pescado, aves, productos lácteos bajos en grasa, huevos, legumbres, cereales integrales, frutas y verduras frescas. Se evitan alimentos procesados, ricos en grasas saturadas, azúcares refinados y sodio. Además, se promueve la hidratación adecuada mediante el consumo de agua y líquidos saludables.

El objetivo principal de la dieta basal hospitalaria es proporcionar una alimentación equilibrada y suficiente para mantener la salud y favorecer la recuperación del paciente. También busca prevenir la desnutrición y optimizar la respuesta del sistema inmunológico.

El pinche de cocina juega un papel importante en la elaboración de la dieta basal hospitalaria. Sus funciones incluyen la preparación y selección de alimentos frescos y de calidad, el control de las técnicas de cocción para preservar los nutrientes de los alimentos y la presentación visual atractiva de los platos.

2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es mostrar las funciones del pinche de cocina en la elaboración de las distintas dietas hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación se ha buscado en los principales buscadores indexados como PUBMED y SCIELO para después seleccionar después los artículos de los que se ha extraído la información para realizar las publicaciones en la elaboración de las dietas hospitalarias.

4 Resultados

La dieta basal hospitalaria es un régimen alimentario diseñado para proporcionar una ingesta calórica y nutricional adecuada a los pacientes hospitalizados que no tienen restricciones dietéticas específicas. El concepto de esta dieta se basa en ofrecer un aporte básico de nutrientes esenciales para mantener el equilibrio nutricional y satisfacer las necesidades básicas del organismo.

La dieta basal hospitalaria está diseñada para brindar una alimentación equilibrada que contenga una variedad de nutrientes, como proteínas, carbohidratos, 1146 grasas, vitaminas y minerales. Se utiliza como una base para la alimentación

hospitalaria, adaptándose a las necesidades individuales de cada paciente, teniendo en cuenta su estado de salud, edad, peso y actividad física.

La dieta basal hospitalaria incluye alimentos como carnes magras, pescado, aves, productos lácteos bajos en grasa, huevos, legumbres, cereales integrales, frutas y verduras frescas. Se evitan alimentos procesados, ricos en grasas saturadas, azúcares refinados y sodio. Además, se promueve la hidratación adecuada mediante el consumo de agua y líquidos saludables.

El objetivo principal de la dieta basal hospitalaria es proporcionar una alimentación equilibrada y suficiente para mantener la salud y favorecer la recuperación del paciente. También busca prevenir la desnutrición y optimizar la respuesta del sistema inmunológico.

El pinche de cocina juega un papel importante en la elaboración de la dieta basal hospitalaria. Sus funciones incluyen la preparación y selección de alimentos frescos y de calidad, el control de las técnicas de cocción para preservar los nutrientes de los alimentos y la presentación visual atractiva de los platos.

Es fundamental que el pinche de cocina mantenga una comunicación constante con el equipo de nutrición y el personal médico para adaptar la dieta según las necesidades y preferencias individuales de cada paciente. También debe seguir las normas de higiene y seguridad alimentaria para garantizar la calidad y seguridad de los alimentos preparados.

En resumen, la dieta basal hospitalaria es un régimen alimentario diseñado para proporcionar una ingesta calórica y nutricional adecuada a los pacientes hospitalizados sin restricciones dietéticas específicas. Se basa en una alimentación equilibrada y variada, adaptada a las necesidades individuales de cada paciente. El pinche de cocina desempeña un papel clave en la preparación de esta dieta, asegurándose de utilizar alimentos frescos y de calidad, controlar las técnicas de cocción y presentar los platos de manera atractiva.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación clave en la elaboración de la dieta basal hospitalaria es asegurarse de proporcionar una alimentación equilibrada y variada que cumpla con las necesidades nutricionales del paciente. Utiliza ingredientes frescos, de alta calidad y siguiendo las pautas de seguridad alimentaria. Controla las técnicas de cocción para conservar los nutrientes y los sabores de los alimentos. Adapta las recetas según las restricciones dietéticas, preferencias y requerimientos individuales de cada paciente. Presta atención a la presentación visual de los platos, haciéndolos atractivos y apetitosos. Mantén una comunicación constante con el

equipo de nutrición y el personal médico para ajustar la dieta según las necesidades específicas del paciente. Cumple con las normas de higiene y seguridad alimentaria para garantizar la calidad y seguridad de los alimentos preparados.

6 Bibliografía

Rodríguez Arias, O. D., Hodelín Hodelín, M. C., González Ortiz, M., & Flores Bolívar, F. (2012). Dietas en las instituciones hospitalarias. *Medisan*, 16(10), 1600-1610.

Capítulo 492

EL PERSONAL SUBALTERNO CON EL PACIENTE NEONATO. FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO

MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ

JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ

CRISTINA ANTONAYA MORCILLO

JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ

1 Introducción

El servicio de neonatología de un centro hospitalario es la localización física donde se encuentran los pacientes recién nacidos o neonatos. Se entiende como paciente neonato a los bebés durante el primer mes de vida, sin embargo, en el servicio de neonatología son atendidos aquellos recién nacidos que han tenido problemas durante el parto, han nacido prematuros o presentan problemas de salud.

El servicio de neonatología se encuentra en continua comunicación y colaboración con los servicios relacionados con los recién nacidos y las puérperas. Se entiende puérpera a la paciente que acaba de dar a luz.

Estos servicios son: neonatología, paritorio, servicio de urgencias ginecológicas, pediatría, y la planta de hospitalización de tocología. Sin embargo, deben estar en continua comunicación con el servicio quirúrgico por si es necesaria la realización de una cesárea para sacar al bebé, con la unidad de cuidados intensivos por si fuese necesario el ingreso de la puérpera o con la unidad de cuidados intensivos pediátricos por si fuese necesario el ingreso del neonato en esta unidad. Es por ello, que el paciente neonato puede ser atendido por un gran equipo profesional multidisciplinario, puesto que intervienen gran multitud de categorías profesionales y un gran número de ramas especializadas de medicina.

2 Objetivos

- Conocer los servicios con los cuales se encuentra en continua comunicación el servicio de neonatología.
- Definir los términos de neonato y puérpera.
- Enumerar las funciones desarrolladas por los celadores en el servicio de neonatología.

3 Metodología

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

4 Resultados

Funciones realizadas por el celador con el paciente neonato.

- Movilizar al recién nacido para que el equipo médico o de enfermería pueda realizar determinadas pruebas exploratorias.
- Movilizar al recién nacido para que el equipo médico o de enfermería pueda realizar determinadas pruebas diagnósticas.
- Sujetar al recién nacido para que el equipo médico o de enfermería pueda realizar determinadas pruebas exploratorias o diagnósticas.
- Trasladar al recién nacido para la realización de pruebas diagnósticas que no puedan ser realizadas en el servicio de neonatología. Durante el traslado del

neonato, el celador deberá ser acompañado por un enfermero y un técnico en cuidados auxiliares de enfermería. El traslado podrá ser realizado en una cuna convencional, o en una incubadora portátil si el menor requiere de su estancia en ella.

- Trasladar al neonato cuando ha recibido el alta, desde el servicio de neonatología hasta la planta donde se encuentra su madre, generalmente la planta de tocología.
- Trasladar al neonato cuando ha recibido el alta del servicio de neonatología, pero requiere de su ingreso en la planta de pediatría.

Funciones específicas realizadas en el servicio de neonatología.

- Trasladar al laboratorio de bioquímica, de manera urgente, la prueba del talón realizada al recién nacido. Para ello, el celador deberá llevar el tubo con un imán e ir movilizando el imán para que no se coagule la sangre y pueda ser aceptado por el aparato del laboratorio encargado de realizar esta prueba. El celador deberá encontrarse en el momento de la extracción de la sangre para que el traslado sea inmediatamente después de la extracción para que la prueba no se deteriore.
- Trasladar al banco de sangre la sangre del recién nacido para que permanezca registrado en el banco de sangre del sistema sanitario del sistema nacional de salud.
- Trasladar a los laboratorios correspondientes las analíticas, hemocultivos o pruebas cruzadas de los recién nacidos.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El personal subalterno con el paciente neonato. Funciones del celador en el servicio de neonatología” nos demuestra las funciones desarrolladas por el celador con el paciente neonato y aquellas funciones especializadas del servicio de neonatología.

Por norma general, el celador adscrito al servicio de neonatología se encuentra adscrito al mismo tiempo al servicio de paritorio, pediatría y la planta de hospitalización de tocología, por lo que son muchas las ocasiones en las que el celador debe realizar funciones en más de un servicio al mismo tiempo. En este caso, ante la imposibilidad de realizar varias actividades a la vez, el celador deberá priorizar aquellas actuaciones urgentes y dejar para más tarde las que no muestran urgencia.

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.
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021

Capítulo 493

LA ACTUACIÓN Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

VICENTA CERRO NEVADO

FRANCISCO JOSE MORENO MONESCILLO

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

1 Introducción

Una de las áreas de atención más desafiantes en un hospital es la sala de operaciones, que es un bloque quirúrgico. Esto se debe en parte a la importancia del trabajo realizado aquí, el uso de tecnología de punta y las circunstancias únicas en él garantizando la máxima seguridad y limpieza.

Dado que este puesto requiere habilidades interpersonales, responsabilidad e iniciativa, los deberes de un director en esta área son muy importantes. Una de las habilidades más cruciales es la capacidad de expresarse frente a los demás y, al mismo tiempo, ser extremadamente cauteloso con lo que dice. Dependiendo del área en la que esté trabajando, el celador realiza diferentes funciones. El celador de quirófano es un miembro del equipo quirúrgico en este caso. ¿Dónde caería bajo esto? El departamento de reanimación, rehabilitación y postanestesia, junto con el quirófano, están desarrollando el proceso de atención del procedimiento quirúrgico. Colabora con profesionales médicos y brinda apoyo interdisciplinario

a los procesos de atención quirúrgica en un espacio funcional designado donde se agrupan los quirófanos con la infraestructura y amenidades requeridas corresponde a capacidades funcionales, estructurales y funcionales. El artículo 14, numeral 2 del Reglamento del Personal No Médico al Servicio de las Instituciones de Salud del Seguro Social incluye las funciones de los vigilantes. Orden del Departamento del Trabajo de 5 de julio de 1971, que fue impresa en el B. O. E. Boletín del 22 de julio de 1971.

2 Objetivos

En este trabajo el objetivo es describir los procedimientos apropiados que debe seguir un celador en el quirófano de un hospital.

3 Metodología

Como parte de la investigación para el desarrollo de este trabajo se ha realizado una revisión de la literatura científica ya publicada. Se ha realizado tanto una búsqueda exhaustiva y sistemática de libros como consultas. Pubmed, Medline y Google Scholar son las tres principales bases de datos con artículos en ellas elegir artículos de investigación de revistas científicas revisadas por pares.

4 Resultados

Preparar todo lo necesario para las operaciones es una de las principales responsabilidades del celador de quirófano. De este modo cada tarea específica en el quirófano, así como las tareas de médicos, gerentes o enfermeras, deben ser asistidas por el celador.

Serán los encargados de trasladar a los pacientes desde la sala de hospitalización o piso donde se encuentren hasta el quirófano, unidad de cuidados intensivos y viceversa, procurando siempre que cada paciente vaya acompañado de una historia clínica que la enfermera entrega al celador a cargo del traslado de un paciente. Además, ayudarán a colocar al paciente en la mesa de operaciones y ayudarán a la enfermera a brindar atención al paciente.

El equipo de anestesia y el celador de quirófano colaboran para colocar al paciente correctamente, que es una de las tareas más importantes que llevan a cabo. El paciente se colocará correctamente para el procedimiento después de recibir

anestesia, según las instrucciones del anestesista. Siempre que el médico prescriptor, cirujano o jefe de enfermería lo solicite, ayudarán a movilizar a los pacientes que lo necesiten. Según sea necesario para la intervención, también trasladarán cualquier mobiliario o equipo. Una torre de laparoscopia, arco de anestesia, ecógrafo, aparato de rayos X, etc. Te llevarán al quirófano. Además, es el encargado de transportar los registros, análisis y pruebas que se realizan durante la intervención a los distintos lugares, incluyendo el de anatomía patológica, laboratorio y microbiología. Si el paciente está inconsciente, sus brazos y codos atravesarán su cuerpo para asegurarse de que nunca sobresalga de la cama durante el traslado del paciente desde el quirófano a la unidad de cuidados intensivos. Esto asegurará que todo vaya sobre ruedas. Afeitar al paciente es otra de las responsabilidades únicas del celador en la sala de operaciones. Los pacientes quirúrgicos masculinos que tienen programado un corte de cabello tendrán el afeitado ordenado de las partes del cuerpo necesarias si no hay un peluquero disponible o en una emergencia. El papel del celador de quirófano, que cae bajo el paraguas de deberes compartidos por el supervisor de quirófano, es traer y sacar pacientes del quirófano para cirugía transfiriéndolos hacia y desde la mesa de operaciones con la ayuda del personal de apoyo médico. Los pacientes que fallezcan, fallezcan durante cualquiera de los tratamientos, o los fetos, serán llevados a la morgue en caso de fallecimiento todos los miembros también.

El celador trasladará las partes del cuerpo que hayan sido amputadas a las cámaras de la sala mortuoria para que los servicios funerarios puedan examinarlas y/o recogerlas manteniendo las condiciones para la conservación de los restos orgánicos y siguiendo los protocolos establecidos.

Los celadores deberán llevar uniforme aséptico, mascarilla y gorro al realizar la intervención, por supuesto.

Debido a la necesidad de sus servicios continúan permaneciendo en la sala de preoperatorio.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el quirófano en un establecimiento de salud se encarga de las tareas relacionadas con la limpieza e higiene de los pacientes tanto antes como después del procedimiento, así como todo lo relacionado con su traslado e ingreso al hospital a la habitación después de la anestesia. Junto con el anestesista, una de sus principales funciones es colocar al paciente en la posición adecuada para la inyección de anestesia y la operación posterior. Son expertos que constantemente realizan tareas cruciales en un entorno hospitalario.

También deben usar el uniforme aséptico apropiado y estar bajo la supervisión de un profesional de quirófano capacitado.

6 Bibliografía

- https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_2.pdf.
- <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com/2012/07/manual-deactuac3b3n-del-celador-en-los-distintos-c3a1mbitos-sanitarios.pdf>.
- <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-14.html>.
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm#marc04.

Capítulo 494

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL TRANSPORTE DEL ENFERMO PARA REALIZARSE PRUEBAS DE RAYOS

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

VICENTA CERRO NEVADO

FRANCISCO JOSE MORENO MONESCILLO

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

1 Introducción

Cuando un paciente es trasladado de su ubicación en el hospital al área de radiología para estudios de diagnóstico por imágenes, se lo denomina transporte de pacientes de rayos X. Para garantizar la comodidad y seguridad de la paciente, este procedimiento implica movilizarla y cuidarla durante todo el trayecto.

Para proteger la integridad del paciente y prevenir posibles complicaciones, se deben seguir los protocolos establecidos durante el transporte. Esto implica confirmar la identidad del paciente y revisar sus registros médicos y la orden de un médico.

Tenga en cuenta las necesidades o requisitos únicos del paciente al realizar una prueba de rayos X.

Los miembros del personal de transporte, como portadores o técnicos auxiliares de enfermería, son cruciales en este procedimiento. Su función principal es garantizar una movilización segura y cómoda, camillas o sillas de ruedas según sea necesario para apoyar las necesidades del paciente. Además, deben mantener abiertas las líneas de comunicación con la paciente, explicándole en detalle el procedimiento y atendiendo cualquier duda o inquietud que pueda tener.

Se debe tener especial cuidado para garantizar la seguridad del paciente durante el traslado, lo que incluye evitar movimientos bruscos y asegurarse de que el paciente esté bien sujeto y protegido. Además, pautas higiénicas para detener la propagación de enfermedades y mantener un ambiente seguro, practique medidas de control de infecciones como lavarse las manos y usar equipo de protección personal según las indicaciones.

El equipo médico, el personal de radiología y el personal de transporte deben trabajar bien juntos para transportar al paciente para la prueba de rayos X. Cooperación y comunicación clara.

Son esenciales para garantizar un proceso fluido y seguro y minimizar el riesgo para el paciente.

2 Objetivos

El principal objeto de este trabajo es explicar las responsabilidades de un celador en el transporte de pacientes para la realización de pruebas.

3 Metodología

Para explicar este proceso, realizamos un estudio y revisamos la literatura científica actual. Realizamos una búsqueda bibliográfica sistemática y buscamos artículos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando los artículos científicos de la literatura de investigación.

4 Resultados

Un celador juega un papel importante en el proceso de transporte de pacientes a los exámenes de rayos X, ya que su función principal es garantizar un movimiento sin problemas de los pacientes desde el hospital hasta el área de radiología.

Algunas de las funciones especiales de un paramédico en este trabajo son las siguientes:

- Preparación de la camilla: los paramédicos son responsables de preparar el equipo necesario para trasladar pacientes, como camillas o sillas de ruedas. Además, asegúrese de que el plan de salud y los documentos de su paciente estén disponibles y organizados.
- Comunicación efectiva: los terapeutas hablan con los pacientes antes y durante la cirugía, brindan información sobre la cirugía y brindan apoyo emocional. También se comunica con el personal de radiología para programar las llegadas y asegurarse de que estén listos para dar de alta a los pacientes.
- Seguridad del Paciente: Durante el transporte, un celador se asegura de que el paciente esté sentado de forma segura en una camilla o silla de ruedas. Él o ella se enfoca en las necesidades específicas del paciente, como el equipo médico y de salud complementario, y se asegura de que esté disponible y funcione correctamente.
- Transferencias adecuadas: los celadores siguen las prácticas de seguridad estándar cuando mueven a los pacientes, evitan movimientos bruscos y mantienen una buena postura cuando levantan pacientes o se transfieren. Asegúrese de que el camino esté despejado y tenga mucho cuidado al pasar por puertas o pasajes estrechos.
- Coordinar con el personal de radiología: Coordinar con el personal de radiología para garantizar transferencias de pacientes sin problemas a la sala de rayos X. Se asegura de que el equipo esté en buenas condiciones y, si es necesario, ayuda al personal de radiología a colocar a los pacientes en la mesa de examen.
- Registro y registro: el celador registra y registra cuidadosamente los traslados de pacientes, incluidas las horas de inicio y finalización, los síntomas asociados y los cambios en el estado del paciente durante el traslado. Esto es necesario para documentar con precisión los procedimientos realizados y comunicar los requisitos al personal médico.

5 Discusión-Conclusión

El excelente trabajo de celador al trasladar a los pacientes de la sala a la radiografía se basa en tratarlos con amabilidad y respeto. Los pacientes deben sentirse cómodos y seguros durante los traslados respetando las normas de seguridad aplicables. Además, es importante mantener una comunicación clara con los pacientes, brindar apoyo emocional y responder a sus necesidades. Los celadores deben trabajar con el personal médico y de radiología para que el proceso fun-

cione sin problemas. La satisfacción y el bienestar del paciente son siempre nuestra máxima prioridad.

Además de estas tareas, es importante que el celador sea amable y respetuoso con el paciente durante todo el proceso. Esto incluye brindar apoyo emocional, responder a sus preguntas e inquietudes y asegurarse de que se sienta cómodo y seguro en todo momento.

6 Bibliografía

-www.google.com

-www.revistamedica.com

-Pubmed

Capítulo 495

EL CELADOR Y SU PAPEL EN EL SERVICIO DE FARMACIA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

VICENTA CERRO NEVADO

FRANCISCO JOSE MORENO MONESCILLO

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

1 Introducción

La sala de farmacia del hospital se encarga de la recolección de material, transporte dentro de la farmacia, preparación del suelo, transporte de medicamentos desde la farmacia al departamento, gestión de inventario y almacenamiento de la farmacia.

Los hospitales con más de las 100 camas están obligados a prestar servicio de farmacia a los pacientes hospitalizados, de acuerdo con la Ley 29/2006, de 26 de julio.

La regulación determinará si un hospital necesita más farmacéuticos en la farmacia hospitalaria en función de su tamaño, actividades y tipo. El trabajo del propio celador en esta unidad es fundamental, por lo que es fundamental que esté siempre presente en todo momento. Las farmacias de hospitales y centros ofrecen servicios de salud y organizaciones asistenciales, están obligados a proporcionar o dispensar los medicamentos solicitados de acuerdo con los requisitos legales y

reglamentarios establecidos. La sala se encargará de tareas como recibir material, mover material pesado y transportarlo dentro de la farmacia como parte del servicio de farmacia. También realizará inventarios de material y trasladará los carros llenos de medicamentos a las distintas unidades hospitalarias. Los servicios de farmacia gestionarán adecuadamente los medicamentos y harán un mejor uso de ellos usándolos de forma sensata. El encargado asistirá al servicio de farmacia en el desempeño de todas sus funciones.

2 Objetivos

Comprender las distintas funciones que desempeña el celador en el servicio de farmacia y la importancia de su aportación al equipo.

3 Metodología

Para escribir este capítulo, se ha realizado un análisis exhaustivo de artículos académicos sobre el tema en discusión. Utilizando las palabras clave: celador, farmacia y funciones, se ha buscado información para ello en webs especializadas como Cinahl, Scopus y Elsevier.

4 Resultados

Los hospitales deberán contar con servicios o unidades de farmacia hospitalaria para poder cumplir con los estándares mínimos establecidos por la ley. La farmacia hospitalaria es la responsable de crear un sistema confiable y seguro para la distribución de medicamentos, velar por su adecuada administración, salvaguardar y dispensar los productos que aún se encuentran en fase de ensayo clínico, y velar por el cumplimiento de las leyes que regulan el uso de los medicamentos que contienen sustancias psicoactivas u otras sustancias que requieran un seguimiento especial. Recibir los suministros, verificar periódicamente que coincidan con los albaranes de entrega y proporcionar una copia del albarán de entrega al personal médico son tareas que son competencia de la planta de servicio de farmacia.

En caso de error material. Si se suministra, no se debe recoger y se avisará al responsable por la vía de la farmacia. El celador también entregará al personal médico este material después de recibirlo un duplicado del correspondiente albarán, para que los servicios administrativos puedan realizar el seguimiento de

su entrada, lo que se clasifica, ordena y coloca en los estantes. Hay que recordar que algunos productos, como botellas de alcohol y suero, son acondicionados directamente por el celador.

El celador solo colocará botellas de alcohol o IV; no establecerá medicamentos recetados. Por otro lado, el camillero prepara el alcohol, distribuye el medicamento a las unidades hospitalarias y trabaja con el personal médico para crear inventarios.

El celador distribuirá los suministros a las distintas zonas del hospital de manera oportuna, eficaz y eficiente. Cuando el material a distribuir sea pesado o voluminoso, se transportará en carros destinados a tal fin. El encargado de la farmacia está obligado a contar periódicamente el material. Es su responsabilidad verificar las existencias reales de los bienes almacenados en el conteo que se hace durante el inventario general, que normalmente se realiza anualmente.

5 Discusión-Conclusión

El farmacéutico responsable estará actualizando el servicio de farmacia mientras el personal de enfermería vigila al celador. Desde la unidad de pacientes hasta las unidades de hospitalización, entre otras cosas, el hecho de que sea el encargado de dispensar la medicación hace que su trabajo sea crucial. Deberá llegar siempre a tiempo para garantizar el correcto funcionamiento del servicio. Las farmacias de los hospitales son cruciales para el suministro de artículos sanitarios, ya que el resto del hospital funciona bien hasta cierto punto. Las unidades o servicios de farmacia hospitalaria realizarán las tareas necesarias para una mejor gestión, uso y control de los medicamentos, es decir, para lograr un uso racional de los medicamentos.

6 Bibliografía

- <http://www.celadoresonline>
- <http://www.cgtsanidadlpa.org>
- <http://www.boe.es>

Capítulo 496

EL ELECTRICISTA COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y LOS FALLOS ELECTRICOS POSIBLES QUE HAY EN LOS HOSPITALES

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ

ALFONSO MOLINES MARTINEZ

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Cualquier interrupción imprevista del suministro eléctrico o aparatos eléctricos defectuosos se consideran fallas eléctricas en los hospitales.

Como veremos a continuación, hay muchas cosas que pueden causarlas.

- Mal funcionamiento del equipo y sobrecarga del sistema eléctrico.
- Interrupciones de las fuentes de energía externas.
- Caída de rayos, daños materiales, antigüedad del sistema eléctrico, etc.

Las fallas eléctricas en un entorno hospitalario pueden ser muy dañinas porque pueden afectar directamente tanto la vida de los pacientes como el trabajo del personal médico. Comprender las causas de los cortes de energía y los problemas

que crean es esencial para establecer precauciones de seguridad y crear conciencia entre el personal sanitario y no sanitario.

Para encontrar un fallo eléctrico se debe visitar el panel eléctrico para encontrar la fuente de cualquier problema eléctrico porque lo reflejará. El interruptor de control de alimentación (ICP), el interruptor diferencial (ID) y los pequeños interruptores automáticos (PIA) deben identificarse para determinar cuál se ha disparado. El electricista como personal de mantenimiento y con la capacitación adecuada, se pueden prevenir las fallas eléctricas y se puede garantizar la seguridad del paciente.

Por ultimo siempre debe estar presente una fuente de energía de respaldo, como generadores eléctricos o sistemas de baterías.

2 Objetivos

Describir qué son los fallos eléctricos en los hospitales, los diferentes tipos que pueden ocurrir y cómo los repararía un electricista.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica ya publicada como parte de la investigación para el desarrollo de este trabajo. Se utilizaron las bases de datos Pubmed, Medline y Scielo para buscar artículos, y se eligieron artículos científicos de revistas académicas revisadas por pares.

4 Resultados

Los problemas eléctricos en los hospitales pueden dar lugar a una variedad de problemas, desde menores hasta extremadamente graves.

Uno de los resultados más graves y en última instancia, el que debe evitarse, es la pérdida de vidas humanas, que puede ocurrir si el equipo médico se estropea como resultado de una falla eléctrica.

Por lo tanto, los cortes de energía tienen un efecto inmediato en la seguridad tanto de los pacientes como de los empleados. Por ejemplo, si un equipo médico no funciona correctamente mientras un paciente se somete a una cirugía, tanto su vida como la salud del personal médico pueden estar en peligro.

En realidad, es importante tener en cuenta que los siguientes son los principales factores de riesgo para las instalaciones eléctricas de los hospitales.

- Cableado defectuoso.
- Equipo dañado u obsoleto.
- Fugas de corriente en maquinaria.
- Incumplimiento de las pautas de uso del equipo.
- Ignorar las reglas de la instalación.

Para evitar cortes de energía en los hospitales, se deben tomar medidas de seguridad desde la fase de diseño de la instalación hasta su posterior operación diaria.

Uno de los métodos más esenciales para identificar problemas antes de que se manifiesten y prevenir fallas eléctricas es el mantenimiento de rutina de los equipos médicos y otros dispositivos electrónicos en los hospitales.

También debe estar presente una fuente de energía de respaldo, como generadores eléctricos o sistemas de baterías, para que aún se pueda producir electricidad en caso de un corte de energía externo.

No hace falta decir que se necesitan pruebas periódicas para garantizar la eficacia de estos sistemas de energía de respaldo.

Otro paso preventivo esencial es enseñar al personal médico y laboral cómo usar los equipos eléctricos de manera segura y cómo detectar problemas eléctricos. Con la capacitación adecuada, se pueden prevenir las fallas eléctricas y se puede garantizar la seguridad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Existen numerosas causas potenciales de cortes de energía en los hospitales. La sobrecarga del sistema eléctrico es la más frecuente en los hospitales debido a la gran cantidad de máquinas que hay conectadas.

Como resultado del uso extensivo de equipos médicos que consumen mucha energía en los hospitales, puede ocurrir una sobrecarga del sistema eléctrico.

Los hospitales deben tomar precauciones de seguridad desde la etapa de diseño de la instalación hasta su posterior operación diaria para evitar cortes de energía. Para esta tarea se necesita personal de mantenimiento, y en este caso el electricista se encarga del arreglo de los sistemas eléctricos del hospital.

6 Bibliografía

1. www.scielo.org
2. https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_mantenimien.pdf

Capítulo 497

PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA Y LAS INSTALACIONES DE PARARRAYOS EN CENTROS SANITARIOS (LA NTE-IPP PARARRAYOS)

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ

ALFONSO MOLINES MARTINEZ

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Se pueden definir los rayos como descargas electrostáticas de la atmósfera, estas descargas se crean cuando se produce una ruptura dieléctrica en el aire cuando se supera un valor específico del campo eléctrico, lo que da como resultado un canal ionizado con un estado plasmático que promueve el cambio de carga entre dos puntos. Los rayos se definen como descargas electrostáticas de la atmósfera que se originan por la acumulación de cargas eléctricas en las nubes.

Aunque aún se desconoce el mecanismo preciso por el cual se genera un rayo, diversas ramas de la física estudian los fenómenos asociados a su formación.

Las nubes que producen tormentas suelen tener forma de cumulonimbus y se desarrollan cuando la nube crece verticalmente. Los grandes motores térmicos conocidos como nubes cumulonimbus transforman la energía solar en energía mecánica de las corrientes de aire y energía eléctrica de los rayos. El equilibrio entre las cargas positivas y negativas se altera durante una tormenta, creando un campo eléctrico con decenas de kilovoltios. Los rayos pueden dividirse en múltiples ramas y extenderse en varias direcciones cuando cruzan el campo eléctrico en su camino hacia la Tierra. Cuando un rayo se acerca al suelo, el campo eléctrico terrestre se expande y comienzan a liberarse descargas similares a las de una corona.

2 Objetivos

Explicar los efectos adversos que conllevan los rayos y conocer la importancia de la instalación y mantenimiento de un pararrayos en los centros sanitarios por parte de electricistas.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica ya publicada como parte de la investigación para el desarrollo de este trabajo. Se utilizaron las bases de datos Pubmed, Medline y Scielo para buscar artículos, y se eligieron artículos científicos de revistas académicas revisadas por pares.

4 Resultados

Los pararrayos son objetos cuyo propósito es atraer cualquier rayo potencial que pueda estar presente en el aire. Tienen un punto de impacto controlado, lo que les permite descargar rayos al suelo sin dañar los objetos cercanos.

Un pararrayos es un mástil metálico de cobre, acero, aluminio o acero inoxidable con una cabeza colectora que puede tener forma puntiaguda, multipunta, esférica o hemisférica, que para evitar tanto daños físicos como materiales, debe emerger por encima del punto más alto del edificio. Uno o más cables de cobre, aluminio o acero conectan el cabezal a tierra.

Existen numerosas variedades de pararrayos, pero estos son los más populares:

- Los pararrayos Franklin y los pararrayos de punto captadora son económicos y fáciles de instalar porque permiten instalaciones conductoras tipo malla.

- Los pararrayos PDC son extremadamente fuertes, fáciles de instalar, tienen un dispositivo de encendido y ofrecen un alto nivel de protección.
 - Los pararrayos PDCE tienen la mayor probabilidad de atrapar rayos.
- La caída de rayos en estructuras sin pararrayos puede provocar una variedad de efectos, algunos de los cuales pueden ser muy graves.
- Efectos eléctricos: incluyendo destrucción de equipos y sobretensiones que pueden dañar todos los dispositivos enchufados cuando aumenta el potencial de tierra.
 - Efectos electrodinámicos: debido al intenso campo magnético que produce el rayo, son los tipos de daños que el rayo puede causar en las estructuras, incluyendo grietas y deformaciones.
 - Efectos térmicos: Son los incendios. El efecto Joule puede dar lugar a la formación de chispas, que pueden provocar incendios.
 - Los efectos humanos incluyen quemaduras y electrocuciones. Una corriente que atraviesa el cuerpo humano puede provocar quemaduras, paró cardíaco o respiratorio, o ambos.
 - Efectos de inducción: Cuando se genera un campo electromagnético variable, los conductores de equipos electrónicos e informáticos experimentan el paso de corrientes inducidas, que pueden resultar en daños irreparables.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal de los pararrayos es disminuir el daño potencial que se puede causar cuando golpean objetos y personas cercanos. Dado que en los centros de salud y hospitales hay muchas personas, aparatos, máquinas, etc., normalmente se instalan pararrayos para proteger la estructura de posibles riesgos. están reunidos en ellos.

Los hospitales que tienen instalados pararrayos están protegidos porque evitan que los rayos dañen seriamente la estructura del edificio, el sistema eléctrico y los equipos que son esenciales para el uso de los pacientes y el personal.

El personal eléctrico y mecánico de los centros de salud debe conocer el propósito del pararrayos y realizarle el mantenimiento periódico de acuerdo con el protocolo.

6 Bibliografía

1. BOE-A-1973-352 Orden por la que se aprueba la norma tecnológica de la edificación NTE-IPP/1973, «Instalaciones de protección. Pararrayos» [Internet].

Boe.es. [citado el 31 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1973-352

2. Coam.org. [citado el 31 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.coam.org/media/Default%20Files/fundacion/biblioteca/revista-arquitectura-100/1959-1973/docs/revista-articulos/revista-arquitectura-1973-n172-pag32-37.pdf>

Capítulo 498

LA GESTIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL REGISTRO TELEMÁTICO Y PRESENCIAL

M^a DEL PILAR CORTES MENDOZA

CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO

LAURA MONTERO MARTÍNEZ

1 Introducción

Según los artículos 12 y 14 de la ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, recoge el Derecho y obligación de relacionarse electrónicamente con las Administraciones Públicas. Todo ello hace referencia a la derogada ley 11/2007 del 22 de junio.

En dichos artículos quedan reflejados los derechos que las Administraciones Públicas deberán garantizar a los ciudadanos para relacionarse con la Administración a través de medios electrónicos establecidos en la citada ley. Para ello pondrán a disposición de los usuarios los canales de acceso que sean necesarios, así como los sistemas y aplicaciones pertinentes para tal fin.

De esta manera se pone en marcha el funcionamiento de la comunicación vía electrónica por parte de la Administración con los ciudadanos. Es por ello que la labor a desempeñar por el auxiliar administrativo juega un importante papel en lo que a materia de registro se refiere, pues abarca un gran campo de funciones a realizar por los auxiliares administrativos tales como la recepción, gestión, salida,

etc. de los diferentes expedientes que desde el registro se puedan originar, tanto de forma presencial como de forma telemática.

En este tema a tratar, concretamente en el área sanitaria pública y desde el punto de vista como auxiliar administrativo, sirva como ejemplo a nivel comunitario la implantación de la aplicación de la Junta de Castilla La Mancha “Registro Único”. Pues en términos sanitarios es el organismo vinculante o dependiente a esta dentro del Sistema Sanitario de Salud Pública de Castilla la Mancha SESCO. Por tanto, a través de este sistema de registro administrativo oficial son los auxiliares administrativos los que pueden ejercer su labor.

2 Objetivos

- Gestionar de una manera eficiente, correcta y responsable todos los expedientes.
- Conocer el uso correcto de los distintos programas, aplicaciones y demás funciones para registro de las solicitudes tanto presenciales como las telemáticas.
- Utilizar las normas y códigos de funcionamiento del registro único.

3 Metodología

Para la realización del trabajo realizado se han llevado a cabo investigaciones sobre revisión bibliográfica sobre la literatura existente, en artículos, revistas y en páginas como en la Agencia Estatal Del Boletín Oficial Del Estado, Registro Único y en la página oficial de la Junta Comunidades de Castilla la Mancha. En el navegador de Google se han realizado búsquedas de palabras como “registro único”, “Auxiliar administrativo”, “tramitación”.

4 Resultados

En las diversas funciones establecidas en el registro único el auxiliar administrativo desempeña desde la atención al usuario en materia de información tanto a nivel de expedientes, recepción de los documentos generalmente escaneados, pasando por la gestión de los mismos, salida de documentación o archivo, entre otras. Todos esos registros son las llamadas “anotaciones” que quedan reflejadas en un libro único de entradas y salidas, con posibilidad de firma electrónica tanto a nivel funcionario como a nivel particular, todas ellas adaptadas con los requerimientos de validez vigentes de su momento. De ésta manera queda constancia

de toda anotación de presentación o salida de comunicaciones y demás escritos que se cursan de manera oficial.

El servicio que ofrece el registro único puede ser tanto registro presencial (RP) como telemático:

- En la tramitación de solicitudes de manera presencial el auxiliar administrativo de turno será quien, de forma correcta gestionará dicho registro, para ello se cerciorará de que se cumplan todos los requisitos legales necesarios tanto a nivel de documentación como a nivel de plazos si los hubiera. Deberá informar al interesado de toda la documentación a aportar en el caso de que ésta fuera necesaria, informes, justificantes de gastos (..).Es decir de todo tipo de detalles necesarios para que el registro del expediente de manera presencial se efectuase con la mayor eficacia posible.

- Para la tramitación de forma telemática los registros únicos se pueden realizar: Registro realizado por el auxiliar administrativo de turno o a través del propio ciudadano si el mismo lo requiere (RTC) Registro Telemático Ciudadano.

- Si se trata del registro por efectuado por el administrativo de turno, dicho funcionario:

Deberá utilizar el sistema habilitado para ello desde la aplicación correspondiente, un ejemplo de ello puede ser la aplicación C.E.S.A.R. u otras aplicaciones. La tramitación del registro en cuestión dependerá del tipo de tramitación que se trate, pues existen distintos tipos de anotaciones todas ellas vinculadas a un código diferente S.I.A.C.I. todo ellos recogidos en el “Catálogo de Trámites” habilitado para ello.

En el ámbito sanitario, los auxiliares administrativos pueden tramitar registros como:

- Registro de reclamaciones con el código (SJGS).
- Registro de solicitud de reintegro gastos por desplazamientos, código (SISW).
- Registro de solicitud de libre elección en el ámbito de atención especializada, Código SKCU.

A través del propio ciudadano si el mismo lo requiere (RTC) registro telemático ciudadano.

Para ello el ciudadano deberá descargar de las aplicaciones electrónicas necesarias en los distintos dispositivos que utilice, previa solicitud de las credenciales necesarias para la utilización del D.N.I. electrónico o certificado electrónico.

5 Discusión-Conclusión

El nuevo sistema de comunicación vía telemática de la Administración con los usuarios desde el Registro único, ha supuesto un gran avance en lo que a materia de funcionamiento se refiere, pues a nivel administrativo los expedientes son gestionados de una manera más fácil, eficaz y segura.

Eso se traduce en unos resultados positivos en cuanto a la labor que desempeñan los auxiliares administrativos, puesto que son ellos quienes realmente con gran esfuerzo, trabajo y dedicación, se implican para tal fin. Cabe mencionar los cursos de formación continua que realizan para una mejora en el funcionamiento de la labor a desempeñar además del enriquecimiento personal y profesional.

6 Bibliografía

1. boe.es Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.[Internet]. Disponible en la pagina: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-10565>.
2. Sede Electrónica de Castilla la - Mancha: <https://www.jccm.es/servicios/registro-electronico>.
3. Manual de usuario de Registro Presencial en Castilla la mancha.es disponible en el la página: https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20140515/registro_presencial.pdf.

Capítulo 499

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL ENFERMO AISLADO Y CONTAGIOSO

PILAR PEINADO MARTÍNEZ

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

CARMEN MARÍA RIVAS COUSILLAS

ARTURO CHAPARRO JIMENEZ

VICENTE CHAPARRO MUÑOZ

1 Introducción

La actuación del celador ante el enfermo aislado y contagioso es de vital importancia en entornos médicos y hospitalarios para garantizar la seguridad tanto del paciente como del personal de salud y otros pacientes. Los celadores desempeñan un papel crucial al seguir protocolos específicos para minimizar la propagación de enfermedades infecciosas y garantizar el bienestar general en el entorno hospitalario.

Cuando se trata de pacientes que presentan enfermedades contagiosas, como infecciones respiratorias agudas, enfermedades transmitidas por contacto o enfermedades altamente infecciosas, los celadores deben estar bien informados y capacitados para actuar con responsabilidad y eficacia. Esto implica tomar precauciones adicionales para evitar la exposición a patógenos y reducir el riesgo de transmitir la enfermedad a otros pacientes, visitantes y al personal médico.

La actuación del celador en esta situación implica el uso adecuado de equipo de protección personal (EPP), como mascarillas, guantes, batas y protectores oculares. Además, deben ser conscientes de las técnicas adecuadas de higiene de manos y desinfección, tanto antes como después de interactuar con el paciente. El celador también debe seguir las indicaciones del personal médico y de enfermería en cuanto a los procedimientos específicos de aislamiento y las medidas de seguridad adicionales necesarias.

La empatía y el respeto hacia el paciente son igualmente fundamentales en este escenario. A pesar de las medidas de aislamiento, el paciente puede sentirse aislado emocionalmente, y el celador puede desempeñar un papel tranquilizador al brindar apoyo emocional y comunicación clara, siempre manteniendo la distancia física necesaria.

En resumen, la actuación del celador ante un paciente aislado y contagioso implica una combinación de conocimientos técnicos, cumplimiento estricto de protocolos de seguridad, habilidades de comunicación y empatía. El celador desempeña un papel esencial en la contención de la propagación de enfermedades infecciosas en el entorno hospitalario, contribuyendo así a la protección de la salud de todos los involucrados.

2 Objetivos

Conciencia de las medidas de protección personal: Informar sobre la importancia de utilizar equipo de protección personal adecuado, como guantes, mascarillas y batas, al interactuar con pacientes aislados y contagiosos para prevenir la transmisión de enfermedades.

Educar sobre las diferentes técnicas y precauciones de aislamiento utilizadas en el entorno hospitalario para evitar la propagación de infecciones, incluyendo el aislamiento por contacto, por gotas y por vía aérea.

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 actuación del celador ante un enfermo aislado y contagioso es de suma importancia para garantizar la seguridad del paciente, del personal médico y de otros pacientes. A continuación, te proporciono una serie de posibles acciones que un celador podría llevar a cabo en esta situación:

1. Utilización de Equipamiento de Protección Personal (EPP): Antes de acercarse al paciente, el celador debe asegurarse de estar debidamente protegido. Esto podría incluir el uso de batas, guantes, mascarillas, gafas de protección y otros elementos de EPP según las indicaciones y protocolos establecidos por el centro de salud.
2. Lavado de Manos: Antes y después de interactuar con el paciente, el celador debe lavarse las manos minuciosamente siguiendo las pautas de higiene recomendadas.
3. Aislamiento: El celador debe seguir las indicaciones específicas del personal médico para garantizar que el paciente esté adecuadamente aislado y evitar la propagación de la enfermedad.
4. Minimizar Contacto: El celador debe limitar el tiempo de interacción con el paciente a lo estrictamente necesario y mantener una distancia segura para reducir el riesgo de exposición.
5. Manejo de Equipamiento y Superficies: El celador debe tener cuidado al manejar cualquier equipamiento o superficie cercana al paciente. Siempre debe desinfectar adecuadamente cualquier equipo que se utilice en el cuidado del paciente.
6. Comunicación Efectiva: Si es necesario mover al paciente (por ejemplo, para realizar una prueba diagnóstica), el celador debe comunicarse claramente con el personal médico para coordinar la logística y asegurarse de que se tomen las precauciones adecuadas.
7. Evitar el Pánico: El celador debe mantener la calma y actuar con profesionalismo en todo momento. La manera en que se comporte puede influir en el paciente y en el entorno hospitalario en general.
8. Seguir los Protocolos: El celador debe seguir los protocolos y directrices establecidos por la institución médica en la que trabaja. Estos protocolos pueden variar según la enfermedad contagiosa y las recomendaciones de salud pública.

vigentes.

9. Registro y Documentación: Es importante que el celador registre cualquier interacción con el paciente y cualquier acción realizada, así como cualquier observación relevante. Esto puede ser útil para el seguimiento médico y la toma de decisiones.

10. Formación Continua: Los celadores deben recibir formación continua sobre las prácticas de seguridad y protocolos de actuación en situaciones de pacientes aislados y contagiosos.

Recuerda que la actuación del celador puede variar según el contexto, las políticas del centro de salud y la naturaleza específica de la enfermedad contagiosa. Siempre es importante seguir las instrucciones de los profesionales médicos y las autoridades de salud.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la actuación del celador ante un paciente aislado y contagioso reviste una importancia crucial en el entorno de la atención médica. La ejecución de un conjunto coordinado de medidas y protocolos por parte del celador no solo salvaguarda la salud y el bienestar del paciente aislado, sino que también contribuye significativamente a la prevención de la propagación de enfermedades infecciosas dentro del hospital.

La utilización adecuada del Equipamiento de Protección Personal (EPP) es un pilar fundamental en la estrategia de actuación del celador. La selección y el uso correctos de batas, guantes, mascarillas y otros elementos de EPP no solo protegen al celador de posibles exposiciones, sino que también previenen la transmisión cruzada de patógenos. Este paso es esencial para garantizar la integridad del entorno hospitalario y la seguridad de todos los involucrados.

La capacidad del celador para adaptarse y cumplir con los protocolos específicos de aislamiento y control de infecciones es una habilidad esencial en esta función. Siguiendo las directrices del personal médico, el celador se asegura de que el paciente se encuentre en un entorno adecuadamente aislado, limitando la interacción con otros pacientes y miembros del personal. Esto no solo protege al paciente de posibles complicaciones, sino que también evita la propagación de patógenos a pacientes vulnerables o al personal médico.

El celador también desempeña un papel importante en la comunicación efectiva dentro del equipo de atención médica. Coordinar con el personal médico, informar sobre el estado del paciente y asegurarse de que todos los procedimientos se realicen de manera segura y eficiente son aspectos clave de su rol. Esta colaboración facilita la toma de decisiones informadas y reduce el riesgo de errores.

La formación continua es esencial para que el celador esté al tanto de las últimas prácticas de seguridad y protocolos de actuación en situaciones de pacientes contagiosos. Mantenerse actualizado con respecto a las recomendaciones de salud pública y las mejores prácticas médicas asegura que el celador esté preparado para abordar cualquier desafío que pueda surgir en su labor diaria.

En última instancia, la calma, la profesionalidad y el compromiso del celador son aspectos que influyen en la confianza y la tranquilidad de los pacientes y el personal médico. La actitud positiva y la dedicación a seguir las pautas establecidas contribuyen a crear un ambiente seguro y controlado en el hospital, donde el bienestar de todos está en primer plano.

En resumen, la actuación del celador ante un paciente aislado y contagioso abarca desde el uso de EPP hasta el seguimiento de protocolos, la comunicación efectiva y la formación continua. Este papel esencial no solo protege la salud del paciente y del personal, sino que también es un pilar fundamental en la lucha contra la propagación de enfermedades infecciosas en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

1. "Manual del Celador en el Área de Urgencias"*** de José Miguel Cisneros Her-
reros y Carmen Lasa Lorenzo.
2. "Manual del Celador en el Área Hospitalaria"*** de José Miguel Cisneros Her-
reros y Carmen Lasa Lorenzo.
3. "Celadores en el Ámbito del SIDA"*** de José Luis Nogales Baena.

Capítulo 500

LOS RIESGOS DE LA PLANCHADORA/O DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO

SANDRA MARTINEZ SANCHEZ

MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER

1 Introducción

La Prevención de riesgos es un ámbito muy importante dentro de las condiciones de trabajo en una lavandería industrial hospitalaria. Dentro del servicio de lavandería, como en el de planchado, suele haber una serie de riesgos asociados que pueden llegar a afectar a la salud de los trabajadores si no se toman las medidas adecuadas.

Estos riesgos asociados se pueden evitar tomando una serie de medidas, entre ellas, un adecuado diseño del puesto en el que se encuentra el trabajador, la correcta organización del trabajo que desempeña, junto con la información y la formación necesaria que van a desempeñar en cada puesto de trabajo.

Conocer y saber detectar estos riesgos dentro de nuestro puesto de trabajo nos ayudarán a evitar accidentes y enfermedades profesionales.

Todo esto junto con otra serie de medidas que vamos a desarrollar en los siguientes apartados, como por ejemplo, la evaluación de riesgos y puntos críticos, la prevención en el uso y manipulación de las máquinas lava-centrifugadoras, túneles, etc., que se encuentre en el puesto de trabajo que desempeñemos, nos proporcionaran un ámbito de trabajo más seguro y confortable, para el trabajador y así evitar en lo posible accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y/o patologías vinculadas a este.

2 Objetivos

- Identificar los riesgos laborales asociados en cada puesto de trabajo en el servicio de lavandería y planchado, así como las medidas de prevención a ellas asociadas.
- Conocer las principales medidas preventivas en el manejo y manipulación de la maquinaria y herramientas dentro de cada servicio de lavandería y planchado.

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: Scielo, Dialnet y Scopus, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas con descriptores y palabras claves en la materia como por ejemplo “prevención” y “riesgos”.

4 Resultados

La prevención es el conjunto de medidas adoptadas dentro de las actividades de la empresa con el fin de evitar o reducir los riesgos derivados del trabajo.

Dentro de este encontramos, la evaluación de riesgos, con la cual se identifican estos, se valoran los daños derivados del trabajo y se define la acción que ayude a minimizar los daños o eliminarlos, el equipo de trabajo, cualquier máquina, herramienta, utensilio o instalación utilizada en el trabajo y por último tenemos el EPI, (equipo de protección individual), que será cualquier equipo destinado a ser llevado por el trabajador para que lo proteja de los riesgos a los que se pueda ver expuesta su seguridad o salud en el trabajo, como también cualquier otro complemento o accesorio destinado para ello.

Evaluación de riesgos y puntos críticos, los principales riesgos asociados al servicio de lavandería y planchado son: las caídas de personas y objetos, por resbalones, suelo mojado, choques con objetos por estar fuera de su sitio, caída de objetos por estar mal almacenados. Cortes, por material o utensilios que se pueden encontrar entre la ropa, con esquinas o piezas metálicas, etc. Atrapamientos, por enganches, con pulseras, cadenas, anillos; entre material como jaulas, carros, o instalaciones, paredes, por ser espacios reducidos. Incendio, por almacenamiento de productos inflamables. Riesgo biológico, cortes o pinchazos con utensilios contaminados y/o exposición aérea de contaminantes; ruido, temperatura, iluminación. Manipulación de cargas, posturas inadecuadas, sobreesfuerzos. Riesgo eléctrico, por el uso de equipos eléctricos y riesgo químico, por la manipulación de estos productos o encontrarse en la ropa tratada.

Prevención frente a los riesgos asociados al servicio de lavandería y planchado: frente a los riesgos de caídas, golpes, choques, cortes y atrapamientos, ante todo lo principal sería, utilizar un calzado cerrado que esté bien sujeto al pie y con suela antideslizante, secar cualquier líquido que pueda producir resbalones o caídas, revisar el estado de las máquinas, utensilios, herramientas de trabajo, si vemos algún tipo de anomalía avisar a la persona al mando, respetar la señalización, no utilizar pulseras, cadenas, anillos; que puedan engancharse, disponer de lo necesario y procurar tener un espacio suficiente para realizar el trabajo.

Frente al riesgo de incendio y/o explosión, ser consciente de la señalización a nuestro alrededor, acudir a los cursos de formación, comprobar el puesto de trabajo, mantenerlo en las condiciones óptimas, avisar al mando intermedio si encontramos algún tipo de irregularidad. Frente al riesgo biológico, usar los EPI correspondientes, si están en mal estado, cambiarlos, mantener en regla las vacunas, si hubiese algún tipo de escape, vertido contaminante, recogerlo rápidamente, si este nos mancha, lavarse y cambiar el uniforme. Frente al riesgo de manipulación de cargas, posturas inadecuadas y sobreesfuerzos, emplear los equipos mecánicos para trasladar pesos, preparar la manipulación de la carga antes de nada, tener espacio suficiente, colocar el equipo mecánico lo más cerca posible de la carga, despejar la zona del recorrido, fraccionar la carga en la medida de lo posible, si la carga es muy pesada pedir ayuda a un compañero/a, los carros siempre se llevan en la dirección del movimiento, realizar estiramientos y cambiar de postura.

Frente al riesgo eléctrico, utilizar debidamente las instalaciones y las herramientas de trabajo, evitar en lo posible los ladrones y los alargadores, usar siempre los

EPI. Frente al riesgo químico, saber que tipo de productos estamos usando, separar los productos/equipos, cada uno en su contenedor correspondiente, lavarse

adecuadamente si hay algún tipo de contacto con algún producto y al terminar la jornada.

Prevención en el uso y manipulación de máquinas lava centrifugadoras, túneles, manipulación de la ropa en estas, plegadoras; todas estas máquinas de trabajo pueden producir algún tipo accidente, estas se deben de emplear siempre según las instrucciones y los parámetros de seguridad estipulados por el fabricante, junto con las dadas del centro de trabajo.

Los riesgos específicos que pueden producir este tipo de herramientas de trabajo son los siguientes, contactos eléctricos, sobre esfuerzos, rapamientos, contactos térmicos y/o incendios y la manera de intentar que estos no se materialicen es tomando las siguientes medidas de prevención:, solo se podrán utilizar las máquinas si estás autorizado y formado, toda persona que trabaje dentro de la lavandería deberá recibir un curso de cómo utilizar las máquinas a su disposición, siempre habrá que tener a mano los libros de instrucciones de cada una ellas, nunca se podrá poner fuera de funcionamiento ni anular los dispositivos de seguridad de estas, en caso de que estos no funcionen, comunicárselo a la persona al mando., estas deben ser supervisadas continuamente, nunca dejarla sin ella, toda operación de mantenimiento, limpieza, reparación, etc., deberá realizarse con esta apagada. Estas se efectuarán por personal cualificado, como indique el fabricante. En caso de incendio, explosión, desconectar el cuadro eléctrico y poner en conocimiento inmediatamente.

Usar la ropa que proporciona el centro de trabajo, teniendo en cuenta la sección en la que se encuentre el trabajador. Solo se pondrá en uso la calandra, mientras este en funcionamiento la barra de seguridad de protección de manos, en caso de producirse un atasco en esta, parar la máquina y poner en conocimiento del personal de mantenimiento. La ropa de la secadora se sacará posteriormente a su acabado, ya que se puede producir electricidad estática, si no lo hacemos, cabe la posibilidad de que se produzcan chispas y estas puedan derivar en algo más grave.

5 Discusión-Conclusión

La prioridad absoluta dentro de la Prevención de riesgos laborales es poder eliminar o reducir casi o todos los riesgos asociados al centro de trabajo.

Lo primero dentro de la prevención es saber identificar los riesgos a los que nos enfrentamos en cada puesto de trabajo, evaluando aquellos que no se puedan evitar y tomando las medidas necesarias al respecto. De esa manera evitamos que esto afecte al trabajador, física, psíquica o socialmente. Ellos son la pieza clave

para que esto funcione, ya que ellos son los primeros en darse cuenta de lo que sucede a su alrededor mientras trabajan. Por ello son la principal herramienta para poder atajarlo, de ahí que tengan el derecho de recibir una protección eficaz en materia de seguridad y salud al respecto, teniendo en cuenta la obligación de cumplir las medidas de prevención correspondientes.

6 Bibliografía

1. https://www.mc-mutual.com/documents/20143/47599/lavanderia_es.pdf/12a8d72b-ef2c-a192-0a6b-71c904396561.
2. Varios autores, temario lavandero/a, Sespa, editorial CEP S.L. edición especial colectivos
3. Varios autores, temario planchador/a y Lavandero/a, Ope Sespa, Furando blog de CSI,

Capítulo 501

PLANCHADOR/A Y EL ESPACIO FÍSICO DONDE REALIZA SU LABOR EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO

SANDRA MARTINEZ SANCHEZ

MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER

1 Introducción

La ropa requiere inevitablemente una adecuada higiene y comodidad. Las lavanderías son establecimientos o lugares que ofrecen este servicio, y además de muchos otros servicios como las zonas de planchado, esto es un problema para nosotros. Si la carga de trabajo produce una gran cantidad de ropa, es una lavandería industrial. Este tipo de planta de fabricación cuenta con el espacio y los recursos necesarios para satisfacer la demanda de manera eficiente y rentable. En los centros públicos, la lavandería, el planchado y el cambio de ropa suelen estar incluidos entre los servicios que se ofrecen a los usuarios. Hay dos posibilidades, dependiendo del número de usuarios, la cantidad y tipo de prendas producidas, el tamaño y capacidad del centro y el tipo de servicios que se ofrecen a los usuarios.

: La instalación dispone de lavandería y servicios gestionados o recurre a una empresa externa que puede atender la demanda generada por el centro. La ropa sucia de un hospital puede ser y/o una fuente de contaminación microbiana, sobre todo de suciedad . Se requieren procedimientos adecuados de recolección, transporte, lavado, secado, planchado y almacenamiento para eliminar la posibilidad de infección o de cualquier afección que puedan moverse en los centros hospitalarios.

2 Objetivos

Conocer la organización espacial de estas zonas de lavandería y planchado por el personal de plancha 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.

También hemos aportado nuestro granito de arena mediante nuestra experiencia laboral en centros sanitarios de la comunidad de Castilla La Mancha.

4 Resultados

El cuarto de lavado, donde se ubica la zona de planchado, puede estar ubicado en el centro hospitalario o en un área separada e independiente. En cualquier caso, debe haber suficiente espacio al aire libre para acceder, cargar y descargar el vehículo de ropa. Siempre se ubican cerca de instalaciones que suministran electricidad, agua, calefacción, etc.

El diseño de la fábrica puede variar según la lavandería, pero la entrada y la salida de ropa siempre están separadas para evitar la contaminación de la ropa limpia. En el interior del edificio se encuentran los lavaderos y diversas estancias auxiliares como vestuarios, aseos de personal, almacenes, oficinas, salas técnicas y salas de control.

Las principales características estructurales de la base son:

- Altura de techo suficiente para acomodar rieles elevados, tolvas y otros elementos de elevación
 - Superficies y materiales duros, fáciles de limpiar y desinfectar
- No hay grietas ni hendiduras donde se pueda acumular suciedad. - Pavimento continuo no poroso antideslizante.
- Puerta del carro fabricada en material resistente al desgaste como el PVC. Se debe instalar una puerta coordinada para la comunicación entre las áreas sucias y limpias a través de la cabina de desinfección. .
- Renueva el aire que circula del área limpia al área sucia y evita que el polvo se disperse al área limpia. - Sistema de circulación de agua para reutilización en túneles de lavado.
- Los sistemas de recuperación de energía utilizan el vapor como fuente de calor. Si no puede hacer eso, tiene un sistema de minería eficiente.
- Las partes que componen un servicio de lavandería y planchado se distribuyen físicamente según varios principios.
- Separación de fases y reciprocidad. - Perseguir.
 - Optimiza tu espacio para crear un ambiente mas tranquilo personalmente en tus horas laborales.

5 Discusión-Conclusión

Vamos a concluir este capítulo dando importante relevancia al planchado y en general a la parte de lavandería de un hospital que son servicios propios que gestionan el almacenaje de ropa tanto en calidad (la ropa se utiliza siempre en las condiciones adecuadas) como en cantidad.

(El centro siempre está provisto de ropa suficiente para brindar todos los servicios).

Como hemos podido ver es importante poder evitar la contaminación de la ropa limpia y garantizar la higiene y comodidad del usuario o paciente. La ropa anti-higiénica (sucia o arrugada) y las condiciones de almacenamiento pueden afectar el bienestar del paciente y pueden afectar la recuperación del paciente después de una estadía en el centro.

La carga de maquinaria hace que la jornada laboral sea algo "insostenible" dado al ruido constante de estas, pero gracias a toda esta labor , se disponen de ropa hospitalaria cada día y cada hora

6 Bibliografía

1. Manual básico del planchador/A
2. Temario específico planchador/A editorial

Capítulo 502

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN AL PACIENTE TERMINAL O FALLECIDO

PILAR PEINADO MARTÍNEZ

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

CARMEN MARÍA RIVAS COUSILLAS

ARTURO CHAPARRO JIMENEZ

VICENTE CHAPARRO MUÑOZ

1 Introducción

La actuación del celador en relación al paciente terminal o fallecido constituye un aspecto fundamental dentro del entramado hospitalario y de atención médica. Estos profesionales desempeñan un rol esencial al proporcionar un soporte logístico y humano en situaciones de extrema delicadeza. El celador, cuya labor abarca una amplia gama de funciones dentro del ámbito sanitario, adquiere una relevancia aún mayor cuando se enfrenta a la tarea de brindar asistencia y atención a pacientes que se encuentran en estado terminal o que han fallecido.

En este contexto, la labor del celador se extiende más allá de las tareas convencionales, ya que implica una serie de responsabilidades emocionales y prácticas que requieren de una sensibilidad y profesionalismo excepcionales. Su papel va

desde la preparación y acompañamiento del paciente terminal durante procedimientos médicos o terapias paliativas, hasta el momento en que se debe llevar a cabo el traslado del paciente fallecido hacia las áreas designadas, como la sala de necropsias o la morgue.

La actuación del celador en estas circunstancias trasciende lo meramente operativo y se adentra en el terreno del apoyo emocional y humano. La empatía y la comprensión son componentes cruciales de su interacción con los pacientes y sus familias. En el caso de los pacientes terminales, el celador puede proporcionar un acompañamiento cálido y cercano, ofreciendo consuelo y cuidados que van más allá de las intervenciones médicas.

En lo que respecta a los pacientes fallecidos, el celador asume un papel de suma importancia al garantizar que el proceso de traslado y manejo sea llevado a cabo con el máximo respeto y dignidad. Además, en este momento de duelo, el celador se convierte en un enlace esencial entre el personal médico, los familiares y seres queridos del paciente, facilitando la comunicación y brindando un apoyo.

2 Objetivos

1. Destacar la importancia de tratar a los pacientes en estado terminal o fallecidos con compasión, respeto y dignidad.
2. Enfatizar la necesidad de que el personal de salud, incluidos los celadores, desarrolle habilidades emocionales para abordar situaciones delicadas con empatía y comprensión.
3. Resaltar la colaboración necesaria entre diferentes profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coherente al paciente terminal, desde el equipo médico hasta el personal no clínico como los celadores.

3 Metodología

Se ha realizado una consulta de artículos en buscadores científicos Medlineplus y Scielo, utilizando palabras clave, como teleconsulta, call center, atención primaria y especializada. Además, se realiza una búsqueda en bibliografía sistemática de libros.

Asimismo, me he nutrido de la propia experiencia profesional como auxiliar administrativo y celador en la atención primaria de urgencias, basándonos en la

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal de los servicios de Salud.

4 Resultados

Los posibles resultados o impactos de una adecuada actuación del celador en relación al paciente terminal o fallecido pueden ser los siguientes:

1. Mejora en la experiencia del paciente y la familia: Brindar un cuidado compasivo y respetuoso en momentos de vulnerabilidad puede contribuir a que los pacientes y sus familias se sientan apoyados y comprendidos durante situaciones difíciles. Esto puede ayudar a reducir la ansiedad y el estrés, permitiéndoles enfrentar el proceso de enfermedad terminal y duelo de una manera más tranquila y serena.
2. Fortalecimiento de la relación médico-paciente: La actuación sensible del celador puede fortalecer la relación entre el equipo médico y los pacientes, transmitiendo el compromiso del personal de salud para con el bienestar integral del individuo y su familia.
3. Mejora en la percepción del hospital: Cuando los pacientes y sus familias experimentan un cuidado humano y respetuoso durante situaciones difíciles, es más probable que tengan una opinión positiva sobre la atención brindada por el hospital en su conjunto.
4. Respeto a la diversidad cultural y religiosa: Un enfoque respetuoso y comprensivo hacia las prácticas culturales y religiosas de los pacientes y sus familias puede evitar malentendidos y conflictos, y contribuir a una experiencia de duelo más satisfactoria.
5. Reducción de traumas emocionales: Una actuación adecuada y compasiva por parte del celador puede reducir la posibilidad de que los familiares sufran traumas emocionales adicionales debido a un trato inadecuado o insensible durante el proceso de duelo.
6. Desarrollo de un entorno de trabajo positivo: La empatía y el respeto mostrados por los celadores no solo benefician a los pacientes y sus familias, sino que también pueden crear un entorno de trabajo más positivo y colaborativo entre el personal de salud.

7. Mayor participación de la familia en los cuidados: Una relación de confianza entre el celador y la familia puede llevar a una mayor participación de la familia en los cuidados del paciente, lo que puede ser especialmente importante en casos de pacientes terminales que requieran apoyo constante.

8. Cumplimiento de regulaciones y estándares: Una actuación adecuada en procedimientos postmortem garantiza el cumplimiento de regulaciones y estándares médicos, evitando problemas legales y éticos.

En última instancia, la actuación compasiva y profesional del celador puede tener un impacto positivo en la experiencia de los pacientes, sus familias y el equipo médico en su conjunto, contribuyendo a un entorno de atención médica más humano, digno y respetuoso.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la actuación del celador en relación al paciente terminal o fallecido es un aspecto esencial en el entorno de atención médica y hospitalaria. Este trabajo ha puesto de manifiesto la importancia de abordar estas situaciones con compasión, empatía y respeto, reconociendo la dignidad inherente de cada paciente independientemente de su estado de salud. El celador desempeña un papel integral al ofrecer apoyo emocional a los pacientes y sus familias, así como al llevar a cabo procedimientos postmortem con sensibilidad y profesionalismo.

La humanización de la atención médica, la comunicación efectiva, el trabajo en equipo y el respeto a la diversidad cultural y religiosa son elementos cruciales que este trabajo ha resaltado. La formación continua se presenta como una vía para mejorar constantemente las habilidades y la sensibilidad del personal de salud en estos escenarios delicados.

El acompañamiento proporcionado por el celador en los momentos de enfermedad terminal y duelo contribuye significativamente al bienestar emocional de los pacientes y sus familias, permitiendo un proceso de despedida más tranquilo y comprensivo. Además, la ética y los valores en la atención médica se subrayan como pilares fundamentales para abordar estas situaciones con la dignidad y el respeto que merecen.

En última instancia, la actuación del celador en relación al paciente terminal o fallecido trasciende lo meramente técnico y se adentra en el ámbito humano de la atención médica. La combinación de conocimientos técnicos, habilidades emo-

cionales y valores éticos configura una atención integral que no solo se preocupa por el bienestar físico, sino también por el bienestar emocional y espiritual de los pacientes y sus familias en momentos de profunda vulnerabilidad.

6 Bibliografía

1. Manual del Celador en el Área de Urgencias: Aspectos Psicológicos y Comunicación con el Paciente”.

Autor: Juan Miguel García Alonso.

Editorial: Formación Alcalá.

Año: 2016.

2. El Celador en la Atención Especial al Enfermo Terminal: Aspectos Éticos y Humanos”.

Autor: Ana Rodríguez Castaño.

Editorial: Formación Alcalá.

Año: 2015.

Capítulo 503

EL PLANCHADOR/A: FASES DE LA ROPA CUANDO LLEGA A LA ZONA LIMPIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO

SANDRA MARTINEZ SANCHEZ

MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER

1 Introducción

Después de la limpieza, continúe con el siguiente paso.

Es decir, entramos en la denominada zona limpia, donde la prenda pasa a la siguiente etapa del “circuito limpio”. Eso significa secar, planchar, doblar y almacenar. La manipulación de la ropa limpia debe hacerse con mucho cuidado para evitar la recontaminación. Use manos y guantes limpios. Asegúrate de que la prenda esté completamente seca al final del proceso. La humedad facilita el crecimiento del moho. La prenda irá protegida en una bolsa de plástico transparente hasta su nuevo uso. La ropa desechada no es completamente higiénica y no se puede volver a utilizar, sino que se vuelve a lavar. Si está dañado, primero pasa por el

proceso de reparación y costura. Los locales utilizados para el almacenamiento están completamente limpios y desinfectados y se utilizan únicamente para este fin. La ropa se apila en estanterías con pinchos hacia el exterior para que sea más fácil contar la ropa y evitar que otros se caigan al suelo al recoger la ropa. La ropa limpia que no ha estado en contacto con la ropa sucia se transporta en coche. No recomendamos el secado a máquina. Esto se debe a que la ropa debe estar ligeramente húmeda para plancharla. Además, si está completamente seco, humidécelo ligeramente justo antes de plancharlo con un rodillo o con las manos.

2 Objetivos

Conocer e indicar las diferentes fases por las que pasa la ropa una vez lavada y limpia por parte del personal de planchados.

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

Puede especificar la etapa después de que la prenda ingrese a la zona limpia. Se parece a esto:

- Seco.
- planchar. - Bloqueado.
- Depósito. Y esta área en particular especifica las tareas a realizar en esa área.
- Descarga y clasificación de la lavadora: Las prendas que salen del proceso de lavado deben separarse en lotes de prendas para planchar y lotes de prendas moldeadas.
- Carga de la secadora: El proceso de secado de la ropa se realiza después del lavado. Su función es eliminar cualquier resto de humedad del tejido y mantener la ropa seca. La secadora se coloca detrás de la lavadora y va directamente del proceso de lavado a la secadora. En la sección de secado puede ver diferentes

procesos, como el proceso de centrifugado, el proceso de secado y el proceso de secado en túnel.

- Clasifique la ropa limpia por contorno y forma y pásela por diferentes sistemas de planchado
- Planchar según el horario de ropa online. - Planchar la prenda con el sistema de plancha o a mano.
- Inspección visual de la ropa: Verifique o controle si hay manchas, rasgaduras u otros defectos. - Doblar toallas secas.
- Doblar la ropa planchada. Estas operaciones son fundamentales para el paso final de colocación de la prenda.

Puede almacenarse en ropa interior o distribuirse a varios servicios centrales.

Para el transporte, las prendas pueden colocarse en jaulas previamente desinfectadas o vehículos de distribución y sellarse.

El planchado es la aplicación de calor y presión para eliminar las arrugas que se forman en las telas durante el lavado y el secado. Aplicar calor a la tela también ayuda a eliminar la humedad que pueda quedar en la prenda.

Las lavadoras industriales requieren múltiples sistemas manuales y/o mecánicos para diferentes tipos de ropa en la sección de planchado. Un planchador debe estar al tanto de todos los procesos y etapas por las que debe pasar una prenda después de haber sido limpiada e incluida en los procedimientos de limpieza anteriores. No todas las prendas requieren planchado. No, pero tengo mucha ropa que necesita planchar.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, resumimos nuestro trabajo enfatizando la necesidad de que las planchadoras de los centros hospitalarios manejen y procesen adecuadamente las prendas cuando ingresan al circuito de la zona limpia. Y su cuidado es muy importante.

El personal de lavandería del hospital es un componente crítico y de gran labor de las operaciones del hospital. Además de lo anterior, se debe enfatizar la necesidad de capacitación continua para estar al día y poder desempeñar el trabajo de manera eficiente y eficaz, ya que al día se genera muchísima lavandería en los centros hospitalarios y gracias a este servicio, se puede disponer de todo mucho más rápido.

6 Bibliografía

1. Manual básico del planchador/a <https://tutemario.es>

Capítulo 504

MANTENIMIENTO DE CAMAS HOSPITALARIAS POR EL CELADOR

PILAR PEINADO MARTÍNEZ

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

CARMEN MARÍA RIVAS COUSILLAS

ARTURO CHAPARRO JIMENEZ

VICENTE CHAPARRO MUÑOZ

1 Introducción

En el entorno hospitalario, las camas desempeñan un papel fundamental en la atención y comodidad de los pacientes, y su correcto manejo es esencial para garantizar la eficiencia de los procesos médicos y la seguridad de quienes se encuentran bajo cuidado médico. Como celador, tu rol es esencial para asegurar que las camas hospitalarias estén siempre en óptimas condiciones y listas para brindar el soporte necesario a los pacientes y al personal médico.

Este documento tiene como objetivo proporcionar una comprensión profunda de la importancia de las camas hospitalarias en tu función como celador, abordando temas que van desde el mantenimiento básico hasta la adecuada preparación de las camas para recibir a los pacientes. A medida que exploramos esta guía, podrás adquirir conocimientos prácticos sobre cómo inspeccionar, limpiar y preparar las camas hospitalarias, además de entender su relevancia en la comodidad y recuperación de los pacientes.

Dado que las camas hospitalarias no solo son herramientas médicas, sino también elementos que contribuyen al bienestar emocional de los pacientes, tu labor como celador en el manejo de estas camas se convierte en una parte integral de la experiencia hospitalaria global. Al garantizar que las camas estén en condiciones óptimas, estás contribuyendo a crear un entorno de atención de calidad, donde la seguridad, la higiene y el respeto por la dignidad de cada paciente son prioridades primordiales.

A lo largo de esta guía, explicaremos no solo los aspectos técnicos de las camas hospitalarias, sino también la importancia de la empatía y la atención en tu interacción con los pacientes alrededor de este elemento central de su estancia hospitalaria. Al comprender el papel crucial que desempeñan como celador en relación con las camas hospitalarias, estarás mejor preparado para ofrecer un servicio de calidad y apoyo integral a pacientes, familiares y al equipo médico en su conjunto.

2 Objetivos

La intención al presentar información sobre el mantenimiento de camas hospitalarias por parte del celador es brindar a los lectores una comprensión clara de la importancia y el impacto de este trabajo en - Informar a los lectores sobre el papel fundamental que desempeña el mantenimiento de camas hospitalarias en la atención médica. Al comprender la importancia de este trabajo, los lectores pueden desarrollar una mayor conciencia sobre cómo los aspectos aparentemente logísticos y de infraestructura tienen un impacto directo en la calidad de la atención que reciben los pacientes.

- Al describir cómo el celador se encarga de mantener las camas en buen estado y funcionamiento, la intención es resaltar cómo este trabajo contribuye a la seguridad de los pacientes. Los lectores, que pueden incluir pacientes, sus familias y cuidadores, pueden sentirse tranquilos al saber que las camas en las que descansan los pacientes están siendo cuidadas y evaluadas regularmente para prevenir riesgos y accidentes.

3 Metodología

Se ha realizado una consulta de artículos en buscadores científicos Medlineplus y Scielo, utilizando palabras clave, como registro, tarjeta sanitaria y ciudadano. Además, se realiza una búsqueda en bibliografía sistemática de libros. Asimismo,

me he nutrido de la propia experiencia profesional como auxiliar administrativo en atención primaria y especializada, basándonos en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal de los servicios de Salud.

4 Resultados

La correcta preparación y mantenimiento de las camas hospitalarias contribuyen a una disminución en el número de caídas y lesiones relacionadas con las camas, mejorando la seguridad y bienestar de los pacientes.

El enfoque en la higiene y limpieza adecuadas de las camas puede llevar a una disminución en la propagación de infecciones nosocomiales, promoviendo un entorno más saludable para los pacientes.

La coordinación efectiva con el personal médico y de enfermería para tener camas disponibles y listas para nuevos pacientes puede llevar a una mejora en el flujo de pacientes, reduciendo los tiempos de espera y optimizando los recursos hospitalarios.

El enfoque en la comodidad y presentación de las camas contribuye a una experiencia más positiva para los pacientes, lo que puede influir en su bienestar emocional y su percepción general de la atención médica recibida.

Trabajar en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería fomenta una comunicación más efectiva y una mejor comprensión de las necesidades cambiantes de los pacientes, promoviendo un ambiente de trabajo más cohesionado.

La atención empática y respetuosa al ayudar a los pacientes a ajustarse en las camas refuerza la sensación de dignidad y cuidado personalizado, lo que puede influir en la satisfacción general del paciente.

La formación y asesoramiento proporcionados por el celador pueden aumentar la comprensión de los pacientes y sus familias sobre la funcionalidad de las camas y cómo aprovechar al máximo sus características.

La identificación temprana y el reporte de problemas en las camas hospitalarias permiten una acción rápida del personal de mantenimiento, evitando interrupciones en la atención debido a problemas no resueltos.

Al asegurarse de que las camas estén siempre listas para su uso, el celador puede influir en una gestión más eficiente de los recursos hospitalarios y contribuir a un entorno de trabajo más fluido.

La atención cuidadosa y la importancia dada a los detalles, como las camas hospitalarias, pueden contribuir a una imagen positiva del hospital entre los pacientes y sus familias, así como en la comunidad en general.

Estos resultados reflejan el impacto multifacético y positivo que puede tener el trabajo del celador en relación con las camas hospitalarias, tanto en términos de salud y seguridad de los pacientes como en la eficiencia y la calidad general de la atención médica proporcionada.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en relación con las camas hospitalarias es fundamental para asegurar la comodidad, seguridad y bienestar de los pacientes dentro de un entorno hospitalario. A lo largo de esta guía, hemos explorado la importancia de este rol desde una perspectiva técnica y humanitaria, resaltando cómo cada acción relacionada con las camas hospitalarias contribuye significativamente a la experiencia general del paciente y a la eficiencia operativa del hospital.

Desde la inspección y el mantenimiento de las camas hasta la coordinación con el personal médico y la atención empática a los pacientes, el celador desempeña un papel vital en cada etapa del ciclo de atención hospitalaria. La limpieza adecuada, el ajuste correcto de las camas, la prevención de caídas y la identificación temprana de problemas se suman a una atención de alta calidad que responde a las necesidades médicas y emocionales de los pacientes.

A medida que avanzamos en la atención médica moderna, la importancia de la excelencia en el cuidado y la atención a los detalles nunca ha sido mayor. El celador, como un enlace clave entre los pacientes, el personal médico y la administración hospitalaria, desempeña un papel vital en la creación de un ambiente hospitalario seguro, cómodo y humano.

Al comprometerte con los objetivos establecidos para este trabajo, puedes contribuir significativamente a una atención de calidad, mejorando la seguridad del paciente, optimizando los procesos y, en última instancia, impactando positivamente en la experiencia general del paciente y en la reputación del hospital. Tu labor en relación con las camas hospitalarias demuestra que cada pequeño detalle importa y que tu dedicación marca la diferencia en la vida de aquellos que buscan atención médica y apoyo en momentos de vulnerabilidad.

En resumen, el trabajo del celador en relación con las camas hospitalarias es una labor esencial que combina aspectos técnicos y humanitarios para crear un entorno hospitalario excepcional. Tu compromiso con este papel contribuye direc-

tamente a la calidad de la atención y al bienestar de los pacientes, lo que refuerza el valor de cada acción que realizas en tu labor diaria.

6 Bibliografía

1. "Manual del Celador en el Hospital" de G. García de Diego.
2. "Gestión de camas hospitalarias: estrategias y herramientas para la mejora continua" de A. Barzallo-Ramírez, M. L. Pozo-Sánchez y J. M. Quintana-Torres.
3. "Enfermería en Hospitalización. Valoración y cuidados de enfermería en el paciente hospitalizado" de E. Gómez García, E. Castaño Cervantes y M. C. López-Cepero Borrego.
4. "Atención de enfermería en el cuidado hospitalario" de M. C. Martínez Silva.
5. "La atención humanizada en el proceso de hospitalización" de C. Ruiz Díaz, M. A. Villar Sánchez y L. Gallego-Guerrero.

Capítulo 505

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU TRATO HACIA UNA PERSONA ALTERADA QUE ACUDE A ADMISION DEL HOSPITAL

ROCIO NAVARRO CUTANDA

LAURA MONTERO NIEVES

ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO

PILAR CÓRCOLES LOZANO

MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN

1 Introducción

Es importante que el auxiliar administrativo en su labor, por ejemplo en la entrada del hospital, reciba o muestre un trato adecuado y cordial para el paciente que ha llegado a este centro, que intente tratar de solucionar las necesidades del paciente o persona que acuda al centro con naturalidad y destreza.

Los pacientes o personas un tanto alteradas incurren en la asimilación de noticias diagnósticas debido al trato recibido en determinadas situaciones, por su carácter ya ambivalente. Frente a estos pacientes, el auxiliar administrativo trata de controlar la situación, aunque inevitablemente la interacción entre ambos es bastante incómoda.

Hay que tener en cuenta que el paciente puede tener inseguridad sobre su enfermedad, que va acompañada de ciertas emociones como el dolor, el miedo y muchas otras que pueden provocar conflictos, ira e incluso actitudes violentas. En este trabajo de grupo tratamos de explicar el papel fundamental del auxiliar administrativo en la comunicación con un paciente o persona de la calle que acude al centro y tiene una actitud conflictiva. La facilidad del auxiliar administrativo en la resolución de conflictos es muy importante para calmar los ánimos de la situación alterada y mantener un adecuado ritmo de comunicación entre las personas que estén involucradas.

2 Objetivos

Los principales objetivos de nuestro trabajo de investigación serán :

- Conocer las actitudes que puede mostrar un paciente conflictivo
- Exponer el trato que el auxiliar administrativo debe mostrar ante dicha persona alterada

3 Metodología

En la realización de nuestro trabajo en grupo hemos visitado páginas webs tanto de ámbito sanitario como páginas relacionadas con conflictos y soluciones al mismo.

Hemos utilizado el buscador Google introduciendo palabras clave como conflicto, auxiliar administrativo y violencia hospitalaria y por último hemos recurrido a nuestro manual básico del auxiliar administrativo.

4 Resultados

En la recepción de un hospital, un auxiliar administrativo se encuentra con cierto tipo de personas y pacientes, pero cuando se trata de actitudes conflictivas, podemos decir que nos encontramos con tres tipos de pacientes:

- Pacientes agresivos: que suelen tener una actitud amenazante tanto física como verbalmente.
- Pacientes enfadados: Debido a situaciones como hacer cola, largo tiempo de espera para ser atendido, encontrarse con un desconocido o conocido , etc., su actitud suele ser de queja verbal.

- Pacientes manipulados: estos pacientes pueden llorar y victimizarse para lograr sus objetivos, como colarse en una consulta o concertar una cita con tal de ser atendidos y conseguir sus objetivos .

El auxiliar administrativo considera y valorará así como deberá comprender las diferentes etapas por las que atraviesa un paciente cuya actitud o comportamiento no es el adecuado al momento de ingresar al hospital.

El comportamiento del paciente siempre está precedido por una adecuada adaptación o trato del auxiliar administrativo y pasará por diferentes fases , desde que llega a la entrada del hospital hasta que la abandona:

- El paciente acude a la entrada del hospital con la actitud de que puede tratar cualquier tema con el auxiliar administrativo
- A medida que avanza la conversación, el paciente puede irritarse y tomar el discurso como una provocación y volverse grosero, incluso violento.
- A medida que avanza la comunicación, el administrativo muestra una actitud suficiente convincente y el paciente ya no está tan molesto
- La comunicación correcta y eficaz hace que el paciente pase a una fase de calma, donde se cuidan las palabras del auxiliar administrativo, para que no se reactive su actitud contradictoria.
- Si todo sale satisfactoriamente, podemos ver a un paciente tranquilo, comunicativo y confiado, gracias al comportamiento maravillosamente complaciente del auxiliar administrativo.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de parecerlo un trabajo o una labor tranquila la que desarrolla el personal auxiliar administrativo , no es oro todo lo que reluce , pues este personal tiene que tratar diariamente con personas o pacientes de todo tipo desde gente muy comprensiva y afable a personas con actitudes muy dispares incluso violentas . Para ello el auxiliar administrativo debe mostrar un buen manejo de las situaciones, dominar perfectamente la comunicación tanto verbal como no verbal , y ejecutar técnicas del propio trabajo que harán que el trato que este ofrezca hacia el paciente conflictivo sea tan efectivo y conciliador que pueda calmar los ánimos y relajar el ambiente en la entrada del hospital.

Sería muy buen arma que el centro hospitalario ofreciera cursos y talleres dirigidos hacia el trato y manejo de situaciones conflictivas frente al auxiliar administrativo .

Una preparación correcta por parte del auxiliar administrativo frente a estas situaciones incómodas será fundamental para poder conseguir calmar ánimos

y tener un desenlace adecuado y cordial por ambas partes.

6 Bibliografía

Google www.reclinesp.es

www.deustosalud.com

www.revistamedica.com

www.elsevier.es

manual básico del auxiliar administrativo

Capítulo 506

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU TRABAJO EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL

ROCIO NAVARRO CUTANDA

LAURA MONTERO NIEVES

ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO

PILAR CÓRCOLES LOZANO

MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN

1 Introducción

El área de urgencias de un hospital , es una de las zonas mas demandadas y transitadas por los pacientes que acuden a un centro hospitalario.

El área de urgencias de un hospital , por norma general deberá de encontrarse en la planta baja del mismo así como dispondrá de accesos bien comunicados con diferentes servicios del hospital como podría ser UCI , plantas o quirófanos .

Este área está comunicada con el resto de áreas o servicios del hospital, mediante escaleras ascensores y algunos de ellos solo serán exclusivos para uso de personal sanitario.

El área de urgencias es un servicio muy complejo en el que trabajan diferentes tipos de profesionales de la salud, desde facultativos pasando por personal de enfermería,TCAES, celadores , incluso auxiliares administrativos , los cuales serán

los primeros en interactuar con el paciente que acuda a este servicio tan específico del hospital .

En nuestro trabajo trataremos de forma muy general cuáles son las principales tareas que el auxiliar administrativo tendrá que realizar en el servicio de urgencias , concretamente en el área de admisión que es donde estará ubicado este personal y donde atenderá a todas las personas que acudan como su buen nombre indica a ser atendidos por una urgencia y a cualquier hora del día .

2 Objetivos

El objetivo de nuestro trabajo de investigación será :

- Conocer el funcionamiento a grosso modo del servicio de urgencias del hospital
- Exponer las funciones básicas del auxiliar administrativo en el área de admisión de urgencias

3 Metodología

Para realizar nuestro trabajo en grupo hemos estado investigando y obteniendo información de diversos artículos relacionados con la sanidad y concretamente con el trabajo del aux. administrativo en urgencias.

También hemos utilizado el buscador Google introduciendo palabras concretas como área urgencias , auxiliar administrativo y por último hemos aportado nuestra experiencia laboral en este servicio del hospital, pues alguna componente del mismo trabaja actualmente en este área en concreto

4 Resultados

Un paciente que acude a urgencias ya sea a pie o en ambulancia es recibido a través de un área administrativa, generalmente junto a la entrada de urgencias, donde hay líneas telefónicas internas y externas. , un sistema informático y de red y un mostrador para que el paciente pueda acudir a ellos. En este servicio de urgencias estar trabajando el personal auxiliar administrativo que atiende al paciente cuando llega a este servicio. La información para ser atendido en temas sanitarios es uno de los derechos más importantes del paciente y sus familiares, y una de las tareas del auxiliar administrativo podría ser la de transmitir información a quienes la necesiten.

Cuando un paciente va a la sala de emergencias de un hospital, tiene que pasar por el mostrador de admisión que es donde se encontrara el auxiliar administrativo que recopila la información necesaria sobre la emergencia para transmitirla a la sala de urgencias, donde estará el personal sanitario que atenderá dicha urgencia .

La tarea principal del auxiliar administrativo en situaciones de urgencia es recibir al paciente en el mostrador de la entrada, mantener confidencial su información (aunque es normal que el administrativo les pregunte a modo informativo cuál es el motivo de la urgencia o su causa) y permitir su paso al área de urgencia para ser atendido .

Las principales funciones que el personal administrativo debe realizar o dependen de él en este área del hospital podrían ser las siguientes :

- dar al paciente información sobre la hora o el lugar,
- Llamar a diversas área del mismo hospital u otros centros hospitalarios según orden del centro de salud.
- ayudar al paciente llamando a un taxi, por ejemplo o a otro tipo de servicio que pueda necesitar
- Mantenga su área de trabajo limpia y curiosa
- trabajo en equipo
- tener formación adecuada para evitar conflictos

5 Discusión-Conclusión

En conclusión podemos decir que el auxiliar administrativo es la primera persona que atenderá al paciente que acude al servicio de urgencias hospitalarias

Este personal estará formado y preparado correctamente para que el servicio de urgencias administrativas funcione de manera fluida y puedan realizarse allí todas las funciones correspondientes para que la urgencia pueda ser atendida rápida y eficazmente.

El trato y las funciones del auxiliar administrativo son esenciales para la entrada o ingreso del paciente.

Este personal deberá conocer los protocolos de actuación y las normas vigente en este servicio tan complejo.

Su buena gestión y coordinación con el demás personal sanitario es fundamental para el trato de las urgencias .

6 Bibliografía

<https://ocronos.com>

Google www.sescam.com

Manual básico del auxiliar administrativo

Experiencia laboral www.portales-medicos.com

Capítulo 507

FUNCIONES DEL CELADOR EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

AGUSTIN ANGEL GALLEGO GUTIERREZ

DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO

ENCARNACION SANCHEZ RUIZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO

1 Introducción

El Centro de Salud o también conocido como atención primaria, lo podemos denominar como el edificio dónde se da asistencia sanitaria a los pacientes que lo necesitan.

En atención primaria están los médicos de atención primaria, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales, dentistas, pediatras, matronas y celadores.

Podíamos definir a la figura del celador como aquella persona encargada de vigilar que se cumplan todas las necesidades y normativas de una forma correcta, así como el mantenimiento de las instalaciones y el contacto con el paciente y familiares, siendo esta atención de forma correcta y agradable, ya que el paciente se tiene que sentir cómodo y querido.

Los celadores son los encargados de recoger a los pacientes, bien si vienen con ambulancia los recogen para llevarlos a las consultas correspondientes y si no

vienen en ambulancia cuando llegan al centro de salud son los responsables de llevarles de igual forma a las consultas y pruebas que necesiten.

Otras de las funciones es distribuir las historias clínicas y documentación clínica necesaria entre los facultativos, al igual que reponer el material necesario, recoger la ropa sucia de las camillas y repartir la ropa limpia.

Los celadores tienen los conocimientos necesarios para ayudar a los fisioterapeutas o a cualquier facultativo o resto de personal que lo requiera a movilizar al paciente.

2 Objetivos

Exponer las funciones del celador en la atención primaria.

3 Metodología

Para realizar este trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda de conceptos en internet, los cuales son claves para desarrollar el concepto de atención primaria o centro de salud, funciones del celador en atención primaria, para ello se ha realizado la búsqueda en internet con el navegador Google, el cual nos ha aportado los conocimientos suficientes, junto con la búsqueda en artículos relacionados con dicho estudio y la propia experiencia llevada a cabo en estos centros, necesarios para hacer la descripción correcta de los conceptos que queremos desarrollar.

4 Resultados

Entre las funciones de los celadores y no menos importante está la de vigilar que todas las instalaciones del centro de salud o atención primaria estén en perfecto estado, contribuyendo así a que tanto los pacientes como sus familiares cuiden de las mismas, no produciendo ningún tipo de desperfecto, además de intentar que mantengan los pacientes el orden, sin permitir disputas entre los mismos y sus familiares, al igual que procurar que haya silencio.

Es función de los celadores informar a los pacientes y familiares así como orientarlos en sus necesidades, indicándoles donde está la consulta que les preguntan, ayudándoles con los volantes indicándoles el día y la hora, donde tienen que dirigirse para gestionar cualquier tipo de documentación.

Un factor muy importante es ser amable, educado e intentar hacer más agradable su estancia en los centros de salud o atención primaria.

También los celadores van a trasladar a los pacientes a la consulta, pruebas especiales, rayos, laboratorio-analítica. ...

Tienen que repartir la documentación a las distintas consultas, y despachos, al igual que tienen que reponer el material necesario requerido en las consultas, recoger la ropa sucia y sustituirla por la limpia, sobre todo las sabanas de las camillas.

Los celadores también ayudan y colaboran con los facultativos y personal sanitario a la movilización de los pacientes, por ejemplo en rehabilitación o en cualquier servicio que requieran de esta ayuda, ya que poseen los conocimientos necesarios para realizarlo.

Otra de las funciones de los celadores en atención primaria, es dar a los pacientes o familiares que lo acrediten el poder recoger la documentación, ya que por la ley de protección de datos no se le puede dar a cualquier persona que no está autorizada ni acreditada para recoger dicha documentación que es dada por los médicos, enfermeras o cualquier facultativo, como pueden ser los partes médicos, los volantes para especialista, los volantes de analítica o cualquier otra documentación requerida.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto anteriormente, la figura del celador es muy importante en atención primaria, ya que son los encargados de mantener el orden, de vigilar las instalaciones, así como de ayudar y guiar a los pacientes y familiares para dirigirse a las consultas y servicios requeridos, siempre de una forma amable y teniendo en cuenta la sensibilidad de los mismos.

Deben de ayudar al personal facultativo como fisioterapeutas que necesitan en muchos casos movilizar al paciente, y que tienen los conocimientos necesarios para realizar dichos movimientos.

Es tarea de los celadores en los centros de salud llevar la documentación requerida a las consultas y servicio del propio centro así como dar a los pacientes o familiares formalmente acreditados la documentación requerida, como parte de confirmación o también llamados de alta y bajo médica, volantes de analíticas, volantes de especialistas o cualquier otra documentación.

6 Bibliografía

- 1.- <https://revistamedica.com>
- 2.- <https://congresosicepa.com>

Capítulo 508

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

JULIANA LADERO PACHECO

RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO

PETRA MONTALVO CAMPOS

MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO

LUCIA MONTALVO CAMPOS

1 Introducción

En el servicio de radiodiagnóstico se realizan pruebas para el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías, y para ello se requiere de un equipo de personas capacitadas en las diversas tareas que se desarrollan en este servicio. El celador, que está a cargo del grupo, está representado dentro del traslado del paciente desde su habitación al servicio de radiodiagnóstico, donde también se encargará de posicionar al paciente para la correcta aplicación del procedimiento operando siempre bajo la supervisión del personal médico. Previo a ser trasladado al servicio de radiodiagnóstico, el celador siempre debe identificar al paciente; para ello, confirmará verbalmente su identidad y si no lo es, procederá al siguiente paso.

Revisará su brazalete de identificación por si acaso. De igual forma, seleccionará el medio de transporte, como camilla, silla de ruedas o incluso caminando, según lo indique el personal médico y de acuerdo con el estado del paciente. El celador

deberá llevar siempre consigo durante los traslados toda la información relacionada con el paciente que pueda necesitar el personal médico del servicio de radiodiagnóstico, incluyendo la historia clínica del paciente y cualquier otro informe sobre su estado de salud.

Antes de trasladar al paciente al servicio de radiodiagnóstico, el celador debe confirmar que el paciente no está sujeto a ningún tipo de aislamiento (aéreo o de contacto) y, en caso afirmativo, debe tomar las precauciones necesarias. Junto con el paciente, el celador será responsable de transportar cualquier material médico que el paciente requiera para su patología o tratamiento, tales como botellas de oxígeno, sueros, bombas de infusión, etc.

2 Objetivos

Conocer los distintos procedimientos del servicio de rayos y que responsabilidades tiene el celador en el hospital mas concretamente en este servicio.

3 Metodología

Se realizó un análisis bibliográfico exhaustivo de la literatura científica ya publicada como parte de la investigación para el desarrollo de este trabajo. Las tres bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, también se han utilizado para seleccionar artículos mas científicos de publicaciones académicas examinadas. Se han realizado búsquedas sistemáticas de libros y consultas de artículos.

4 Resultados

El celador del servicio de radiodiagnóstico debe poseer características como paciencia, empatía y la capacidad de escuchar a los pacientes para promover su comprensión y bienestar.

Entre las funciones se encuentran las siguientes:

- Trasladar a los pacientes desde la unidad de hospitalización o desde el servicio de Urgencias de servicio de Radiología, y después de vuelta a planta.
 - Identificar al paciente.
 - Llevarlo en medio de transporte: camilla, cama, silla de ruedas o andando.
- Informar siempre al paciente donde se va a trasladar y que prueba le van a realizar.

Comprobar si tiene algún tipo de aislamiento siempre tomando las medidas de protección adecuadas en cada situación.

Un equipo de profesionales, incluido el celador, componen el servicio de radiodiagnóstico. Este servicio se encarga de utilizar las imágenes como herramienta clave para diagnosticar y tratar enfermedades. Para ello utilizan equipos de rayos X, que generan radiación electromagnética acelerando electrones lo que permite adquirir imágenes de diversas partes del cuerpo, incluyendo el corazón, el sistema nervioso, el abdomen, el esqueleto, los vasos sanguíneos, etc. A la hora de realizar una prueba de radiodiagnóstico, las técnicas más utilizadas son las siguientes:

- La resonancia magnética es una de las técnicas más punteras que se utilizan en la actualidad. El paciente se coloca dentro de un tubo cerrado o semicerrado donde está muy y se utilizan ondas e imanes de alta potencia para realizar la prueba.

Para que la prueba sea exitosa, el paciente no debe moverse en ningún punto.

- Radiografía: esta prueba utiliza rayos X para ver si hay fracturas, esguinces u otras anomalías en el área que está expuesta a los rayos. Los rayos atraviesan el tejido humano. Para minimizar la exposición a la radiación, es crucial que el paciente use un peto de plomo.

5 Discusión-Conclusión

Para cualquier paciente lesionado que presente politraumatismo o cualquier otra enfermedad tanto en urgencias como durante su hospitalización, el servicio de radiodiagnóstico es un componente vital del hospital con pacientes que requieren una batería de pruebas para diagnosticar o tratar cualquier tipo de enfermedad que posee. Por ello, el celador es un miembro fundamental del equipo del servicio de radiodiagnóstico en cuanto a organización y sobre todo en sincronización en el trato con los pacientes, tanto en el traslado desde las distintas unidades del centro hospitalario como en las propias unidades del servicio de radiodiagnóstico. El celador debe estar completamente cualificado y preparado para este servicio.

6 Bibliografía

1-<https://revistamedica.com/celador-servicio-de-radiodiagnostico/>.

2-<https://congresosicepa.com/servicio-rayos-urgencias/>.

3-<https://revistamedica.com/eficacia-eficiencia-celadores-radiodiagnostico/>.

Capítulo 509

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

AGUSTIN ANGEL GALLEGO GUTIERREZ

DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO

ENCARNACION SANCHEZ RUIZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO

1 Introducción

El celador es aquella persona dedicada a vigilar y mantener el orden en cualquiera de las instalaciones de urgencias de un hospital.

El servicio de urgencias está activo durante todo el año, las veinticuatro horas del día, es un servicio que está muy identificado dentro de un hospital, para así poder facilitar el acceso al mismo por parte de los pacientes.

El paciente es recepcionado por el personal administrativo en lo que se denomina “Admisión de Urgencias” para tener así controlada la entrada y su posterior salida del hospital.

Después el paciente es conducido por el celador al triaje y este lleva la documentación de dicho paciente entregándosela al médico y enfermera para su valoración.

Dependiendo de la gravedad se le conduce a atención de críticos, a los boxes si su vida no corre peligro o a cualquier habitación habilitada que le ordene un

facultativo.

En todo este proceso el paciente es acompañado por el celador.

En algunas ocasiones el paciente regresa a la sala de espera hasta ser llamado nuevamente y de nuevo es acompañado por el celador para acudir a la consulta que es llamado.

Está establecido en el Estatuto del Personal No Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, en la orden de 5 Julio 1971.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del celador en el servicio de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Para realizar este trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda de conceptos en internet, los cuales son claves para desarrollar el concepto de Urgencias Hospitalarias, funciones del celador en Urgencias Hospitalarias, para ello se ha realizado la búsqueda en internet con el navegador Google, el cual nos ha aportado los conocimientos suficientes, junto con la búsqueda en artículos relacionados con dicho estudio y la propia experiencia llevada a cabo en estos centros, necesarios para hacer la descripción correcta de los conceptos que queremos desarrollar.

4 Resultados

Es función del celador estar pendientes de las instalaciones del servicio de urgencias del hospital, manteniendo así el orden de los pacientes y de los familiares. Velar por el cumplimiento de la normativa en el servicio de urgencias de un hospital, si como hacerla cumplir manteniendo silencio, cuidando de las instalaciones, etc.

Los celadores han de suministrar a los pacientes las camillas, las sillas, las balas de oxígeno, en el caso de que lo necesiten o de cualquier otra necesidad que el celador les pueda ayudar.

El celador también debe de controlar el personal que entra al hospital, ya que si es personal no autorizado no deben dejarlo de pasar y en el caso de conflicto el celador tiene que avisar al personal de seguridad para que este vaya a poner orden a la mayor brevedad posible, para ello tienen un busca que les ayuda a localizar a dicha autoridad rápidamente.

Es función del celador recepcionar al paciente cuando este venga en ambulancia o por sus propios medios, llevándolo primeramente a recepcionar por el personal administrativo y posteriormente dirigirlo al servicio que necesite.

Otras veces el celador tiene que ayudar al personal sanitario a movilizar al paciente o a cualquier necesidad que le sea requerida y siempre dentro de sus funciones y conocimientos, para los cuales están preparados.

El celador desplazará al paciente desde admisión a triaje, consultas, boxes, rayos, quirófanos, hospitalización, UCIS, etc.

El celador es el encargado de recoger la documentación de los pacientes y llevarlo a consultas, a planta, o a cualquier servicio requerido y no solo la documentación sino cualquier aparataje y mobiliario requerido por cualquier servicio.

Otra de las funciones del celador es informar a los familiares del traslado del paciente a pruebas especiales, consultas. Hospitalización pero nunca tiene que comentar absolutamente nada del diagnóstico de los pacientes, esta función es de los facultativos.

5 Discusión-Conclusión

El celador es una figura muy importante dentro del servicio de urgencias de un hospital, ya que es la primera persona que recepciona a los pacientes junto con los auxiliares administrativos, los acompaña a triaje y después a los boxes, si el paciente no corre peligro, pero si el paciente corre peligro, el celador lo acompaña a las instalaciones de atención de críticos donde se les da atención urgente.

Está pendiente el celador de las instalaciones y de mantener el orden, mandar guardar silencio y velar por el cuidado del mobiliario, y en el caso de que haya conflictos entre el personal que hay en la sala de espera y no lograr poner orden, tiene que comunicarlo al personal de seguridad para que mantenga siempre el orden.

Los celadores tiene que estar siempre localizados, para llevar la documentación solicitada por los distintos servicios, así como llevar los aparatos y los mobiliarios también pedidos por los profesionales.

Y otra función también muy importante y muy delicada a la vez es informar a los familiares donde se encuentra el paciente, pero nunca informar de su diagnóstico, ya que eso les corresponde a los profesionales.

En resumen el celador tiene también que transmitir tranquilidad, deber de ser agradable y colaborador, para intentar así hacer un poco más fácil la estancia del paciente en el hospital.

6 Bibliografía

- 1.- <https://www.medular.org>
- 2.- <https://www.fisiostar.com>
- 3.- <https://www.medlineplus.gov>

Capítulo 510

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL

JULIANA LADERO PACHECO

MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO

RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO

PETRA MONTALVO CAMPOS

LUCIA MONTALVO CAMPOS

1 Introducción

El quirófano es una de las áreas donde trabajan las enfermeras del hospital. El celador es un trabajo especial, y también es su trabajo más importante, porque los materiales que utiliza en sus productos son muy difíciles de usar y el celador necesita un entrenamiento especial para usarlos bien. El trabajo que se realiza en este departamento es muy diferente al de otros hospitales porque requiere conocimientos especiales y una alta cualificación.

Los grandes avances de la medicina y la cirugía han dado lugar al aumento y desarrollo de muchos métodos de tratamiento, instrumentos y equipos, así como a los complejos productos de trabajo y derechos de formación de quienes trabajan en el campo quirúrgico. El sistema es parte del equipo médico pero necesita ser bien entendido para no interferir con el trabajo de los médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y brindar un apoyo directo y adecuado a todo el equipo.

El seguimiento de las mediciones de esterilidad también es importante y debe mencionarse por separado.

En este capítulo discutiremos la naturaleza de los vestuarios y el papel de los celadores en el trabajo, mencionando sus funciones y responsabilidades.

Hoy en día, la intervención quirúrgica es necesaria para el tratamiento de numerosas condiciones médicas que afectan a muchas especialidades.

2 Objetivos

Conocer que es una sala de operaciones en un hospital y enumerar las funciones de un celador de quirófano, así como su importancia.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó un estudio consistente en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente.

Con este fin, se realizó una búsqueda sistemática de libros y diversos artículos científicos con contenido relevante para el tema de investigación.

4 Resultados

Los servicios quirúrgicos son una parte integral de la atención hospitalaria. Por ello, necesitamos un equipo multidisciplinar con formación especial en este ámbito.

El Quirófano es un área de servicios hospitalarios donde se realizan procedimientos quirúrgicos. Hay una serie de intervenciones que abordan diferentes especialidades y son más o menos difíciles. Sin embargo, lo que tienen en común es que se requieren ciertas medidas de higiene y esterilización para garantizar resultados satisfactorios.

Podemos clasificar las intervenciones quirúrgicas según la finalidad perseguida con su realización:

- Curativas o reparadoras: las más comunes, consistentes en la escisión de la zona afectada.
- Exploratorio: Si se han realizado todas las pruebas complementarias menos invasivas y no se ha realizado ningún diagnóstico, se utiliza un abordaje exploratorio, a menudo laparoscópico, en algunos casos seleccionados para encontrar la causa de la enfermedad. Se requiere cirugía.

- Paliativo: Se refiere a la cirugía donde la enfermedad está tan avanzada que el objetivo no es curar al paciente. Sin embargo, se pueden tomar las siguientes intervenciones para reducir las molestias y mejorar la calidad de vida en los últimos días. Resección dolorosa de metástasis, incluso si el tumor primario no está controlado.
 - Estética: Su finalidad es mejorar la apariencia estética del paciente. A menudo se realizan como un segundo paso después de la resección del tumor, por ejemplo, una mamoplastia con injertos después de la extirpación de un tumor grande.
- Las funciones realizadas por el celador en el quirófano incluyen:
- Transferir al paciente de la habitación en la que se encuentra alojado al quirófano correspondiente y verificar que la historia clínica coincida con la del paciente.
 - Responsable de montar y retirar mesas de operaciones para varias cirugías.
 - Ayuda a posicionar al paciente en la mesa de operaciones, teniendo especial cuidado de no contaminar el campo quirúrgico.
 - Siga las instrucciones del anestesiólogo si el paciente necesita recibir una epidural.
 - Lleva el equipo necesario a los distintos quirófanos, aspiradoras, torres, ecógrafos, etc según las especialidades quirúrgicas
 - Entrega muestras a laboratorio o servicios de autopsia.
 - Una vez finalizado el procedimiento, el paciente es llevado a la sala de recuperación.
 - Cuando un paciente fallece, es trasladado a la morgue. En el caso de amputación de una extremidad, la enfermera trasladará la extremidad a la morgue de acuerdo con las instrucciones previas del cirujano tratante.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del celador es fundamental para el buen funcionamiento de los centros de salud. Como supervisor de quirófano tiene contacto directo con los pacientes, por lo que su trabajo tiene un impacto directo en la calidad percibida de los servicios prestados. Usuarios de falsificación. Del mismo modo, los celadores deben conocer los límites exactos del área quirúrgica para evitar la contaminación y prestar especial atención a la higiene.

Por todas estas razones, la labor de los celadores de la unidad, que requiere de la coordinación y cooperación de diversos especialistas, es fundamental para brindar servicios con adecuados estándares de calidad que permitan un manejo eficiente de los recursos.

6 Bibliografía

- 1.<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-desempeno-del-celador-enquiroyano/>
- 2.<https://congresosicepa.com/celador-quiroyano/>

Capítulo 511

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

AGUSTIN ANGEL GALLEGO GUTIERREZ

DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO

ENCARNACION SANCHEZ RUIZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO

1 Introducción

El término psiquiatría podemos definirlo como la rama de la medicina, dedicada al estudio de las patologías relacionadas con la salud mental de los pacientes, a su diagnóstico y como tratar dichos trastornos de la mente, del comportamiento y de las posibles adicciones, al igual que el tratamiento de los trastornos emocionales. Los psiquiatras tratan enfermedades como trastornos del neurodesarrollo, trastornos psicóticos, trastornos de esquizofrenia, trastornos bipolares, trastornos depresivos y de ansiedad, trastornos obsesivos, etc.

El celador sirve de apoyo a enfermería y al personal facultativo para realizar las respectivas contenciones cuando sea necesario y ordenado por dichos facultativos, así como el control del paciente cuando le está permitido salir a fumar, cuando hay que acompañarle a las salas comunes y a las terapias, y todas aquellas funciones de colaboración con el paciente para conseguir una conducta tranquila del mismo.

El celador es el encargado de vigilar cuando el paciente entra en las duchas y cuando se está aseando, evitando cualquier tipo de agresión al mismo o a sus compañeros.

Esta misma tarea de vigilancia la realiza en el comedor, ayuda a las enfermeras en la administración de la medicación.

El celador realiza otras muchas funciones que describiremos con posterioridad, ya que trata con pacientes con trastornos de personalidad y con trastornos del comportamiento, que hacen estar al celador en constante alerta para evitar todo tipo de autolesiones y lesiones a otros compañeros, de ahí que digamos que la función del celador es la de vigilar.

2 Objetivos

Exponer las funciones del celador en el servicio de psiquiatría en el centro hospitalario.

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda de conceptos en internet claves para describir el concepto de psiquiatría y celador, para ello se ha realizado la búsqueda en internet con el navegador Google, el cual nos ha aportado los conocimientos suficientes, junto con la búsqueda en artículos relacionados con dicho estudio y la propia experiencia, necesarios para hacer la descripción correcta de los conceptos que queremos desarrollar.

4 Resultados

Podríamos definir el estado de salud mental, como aquella situación de bienestar en cualquier persona, la cual lleva una vida normal, capaz de hacer frente a cualquier situación y controlar las posibles situaciones de estrés a la que se está sometida diariamente.

Sin embargo esta salud mental se puede ver afectada por diferentes enfermedades, las cuales hacen que el paciente no pueda llevar a cabo lo descrito en el apartado anterior.

Para ello existen los tratamientos psiquiátricos a los cuales son sometidos dichos pacientes, siendo internados en los hospitales en la unidad de psiquiatría si es necesario.

Aquí digamos que entra a formar parte el celador, para llevar a cabo una serie de funciones muy importantes como son entre otras:

☒ Por la mañana se levantan las persianas de las habitaciones y se abren las puertas, ya que por seguridad de los pacientes tanto las cuerdas de las persianas como los pomos o manillas de las puertas están quitadas.

☒ Se reparten los productos para el aseo personal.

☒ Se vigila a los pacientes intentando guardar lo máximo posible la intimidad de los mismos en su aseo personal.

☒ Se acompaña a los pacientes al comedor.

☒ Se va con los pacientes a las salas comunes o las terapias diarias que tiene que hacer.

☒ Bajar el carro de la ropa sucia a lencería.

☒ Subir carro de la ropa limpia de lencería.

☒ Al estar la planta cerrada, el celador recoge en la puerta los carros con la comida para distribuirla a los pacientes

☒ Procurar que los pacientes no discutan entre ellos, sirviendo de árbitros ante estas situaciones.

☒ Colaborar con los facultativos y enfermeras en toda aquella situación que sea necesaria, tanto en la administración de medicación, como en las contenciones necesarias, etc.

☒ Acompañar a los pacientes a las zonas donde les está permitido fumar y siempre ambos acompañados por un vigilante de seguridad.

☒ Controlar el personal que entra y sale a la planta.

El celador tiene que ser cariñoso, se debe de ganar la confianza y la simpatía de los pacientes, aprender a escucharlos, mostrar en todo momento una actitud positiva, ser muy sutil ante cualquier comentario, para que el paciente no se sienta agredido verbalmente.

5 Discusión-Conclusión

En la unidad de psiquiatría se lleva a cabo un seguimiento para todas aquellas personas que tienen cualquier tipo de enfermedad o trastorno relacionado con la salud mental, y son derivados bien mediante atención primaria, o bien por urgencias del propio hospital, o por cualquier otra derivación realizada por cualquier facultativo de la especialidad que sea y que tenga necesidad de hacer esa derivación.

Los celadores como he dicho antes tienen unas funciones muy importantes, ya que se encargan de velar por la integridad de los pacientes en los servicios de

psiquiatría, ya que son los encargados de estar pendientes del aseo personal, de acompañar a los pacientes a las salas comunes o a las terapias requeridas, también a los comedores, mediar para que no haya disputas entre los enfermos, ser agradables, positivos, sutiles, escucharles para así ganarse su confianza y evitar posibles conflictos no solo entre los propios enfermos sino entre la figura del paciente y del celador.

Los celadores también son los encargados de vigilar qué personal entra a las plantas o servicios, colaborar con los facultativos y enfermeras, bajar la ropa sucia a lencería y subir la ropa limpia, mantener las habitaciones con las persianas subidas y abrir las puertas, es decir multitud de funciones que son desarrolladas por los celadores.

6 Bibliografía

- 1.- <https://revistamedica.com>
- 2.- <https://congresosicepa.com>

Capítulo 512

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA COMPLICADA RELACION ENTRE EL ÁMBITO FAMILIAR Y LABORAL

ROCIO NAVARRO CUTANDA

LAURA MONTERO NIEVES

ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO

PILAR CÓRCOLES LOZANO

MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN

1 Introducción

Hoy día es fundamental tener que trabajar para poder percibir una remuneración o sueldo lo cual ofrece una estabilidad económica para el trabajador como para su familia , pero en ocasiones, el trabajo puede convertirse en un obstáculo que nos aleja de la propia familia , esto sucede cuando por diferentes motivos o circunstancias el trabajador o empleado le presta mas tiempo o dedicación al trabajo que a la familia.

En nuestro trabajo de investigación vamos a tratar el tema del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario y sus problemas de conciliación familiar. Dichos problemas podrían surgir cuando este personal por ejemplo tendría que cubrir algún turno que no le pertenece, o hacer alguna hora extra, cubrir a algún compañero por ausencia de este debido a un contratiempo o enfermedad , cubrir

el puesto por falta de personal contratado etc..este exceso de horas será el que afecte a la vida en familia a la par que a su vida laboral

A raíz de este problema surge el término de “Conciliación de la vida laboral y la vida familiar”, que se refiere a que los trabajadores, en este caso el auxiliar administrativo puedan compatibilizar su profesión en el centro hospitalario con su vida personal y familiar.

Es fundamental mantener una buena relación entre la vida laboral y la vida familiar , para poder llevar una vida saludable en todos los aspectos

La relación de estos dos ámbitos tanto laboral como familiar deberá llevarse en perfecta coordinación , lo que desembocara en que el personal auxiliar administrativo trabaje adecuada y eficazmente a la vez que pueda llevar una vida familiar plena .

2 Objetivos

Conocer los beneficios de esta adecuada relación trabajo-familia

3 Metodología

Para la realización de este trabajo hemos estado buscando información en diferentes portales relacionados con las labores de los auxiliares administrativos en un centro hospitalario, sus horarios de trabajo y sus derechos correspondientes al tiempo de descanso necesario para poder llevar una idónea relación entre trabajo y tiempo libre .

También hemos aportado nuestra experiencia laboral en el sector, pues varias componentes del grupo ya trabajan en centros sanitarios y alguna vez han sufrido el problema de poder conciliar ambos ámbitos.

4 Resultados

El personal trabajador de la mano de diversos sindicatos han intentado defender sus derechos laborales desde tiempos lejanos , así que actualmente por fin la ley ya contempla este derecho de las personas trabajadoras a solicitar la adaptación de la duración y distribución de la jornada de trabajo, a poder solicitar reducciones de trabajo por cuidados de familiares o menores , a poder solicitar el teletrabajo, etc. lo que hace que puedan llevar una vida mas adaptada al trabajo y a pasar mas tiempo con su familia .

En nuestro tema a tratar el del auxiliar administrativo y su relación con estos dos ámbitos, es de agradecer la aprobación de estas medidas, pues serán de gran alivio para poder llevar una conciliación familiar favorable y satisfactoria, compatibilizando tanto vida laboral como familiar sin que ninguna de las dos se resienta, sino adaptando una a otra y viceversa.

Las adaptaciones que se concedan serán siempre proporcionadas y razonables tanto en favor del auxiliar administrativo como en favor del centro, ya que dicha conciliación debe ser eso conciliadora para ambas partes y beneficiosas y lo menos perjudicadas posible.

Otras medidas aprobadas por ley para la conciliación familiar serían los permisos retribuidos como podrían ser, los asuntos propios personales, los permisos por lactancia, por maternidad o paternidad, por enfermedad etc aparte de las vacaciones retribuidas, estos permisos también podrán facilitar aún más la conciliación familiar.

El fin de todas estas medidas aprobadas por ley serían los siguientes:

1. Favorecer el tiempo en familia.
2. Tener más tiempo para el ocio.
3. Favorecer las horas de descanso y sueño, vitales para el rendimiento en general.
4. Tener más tiempo libre para nuestra formación personal y la de nuestra familia.
5. Intentar que el lugar de trabajo sea un sitio agradable en un ambiente positivo
6. Apoyo a las familias de los trabajadores ofreciéndoles servicios como : guarderías cercanas al lugar de trabajo, flexibilidad horaria...

Todas estas medidas para lograr una perfecta conciliación familiar hacia el auxiliar administrativo serán puestas en marcha y bien recibidas pero el trabajador deberá también responder eficazmente en el tema laboral, pues las mejoras se supone que afectarán de manera positiva también en el trabajo, por lo que así todos se sentirán plenos y contentos, tanto el centro sanitario como el auxiliar administrativo

5 Discusión-Conclusión

Actualmente las leyes han mejorado y favorecen de manera equitativa tanto a empresas como trabajadores, lo cual hace que las relaciones sean cada vez más satisfactorias e incluso el desarrollo laboral sea mejor y mayor.

El auxiliar administrativo de un centro sanitario es una pieza fundamental en todo el engranaje y funcionamiento del mismo, sus labores y funciones son muy variadas y complejas y pueden variar muchísimo dependiendo del área donde se encuentren trabajando, por ello es prioritario que este personal adopte medidas

beneficiosas para poder descansar y tener su tiempo libre adecuado para cuando esté trabajando este centrado estar centrado con los 5 sentidos .Para ello es fundamental que tenga su horario laboral justo y sus libres bien aprovechados.

Medidas como el teletrabajo, reducciones de jornada, permisos retribuidos, asuntos propios son tan beneficiosas tanto para el trabajador como para la empresa, pues al auxiliar podrá compatibilizar mejor la vida laboral y familiar y el centro verá como sus trabajadores no irán tan estresados o quemados con el día a día en hospital.

Por lo tanto es fundamental que el auxiliar administrativo haga uso de todos los permisos necesarios que necesita para poder compatibilizar lo mejor que pueda su vida laboral con su vida familiar.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com

www.boe.es

www.cuentafacto.es

manual básico del auxiliar administrativo www.garrigues.com

www.fsie.es

Capítulo 513

EL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE LA DIETA SIN GRASA DE UNA COCINA HOSPITALARIA

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

GLORIA MARTÍNEZ TARIN

NOELIA VILLALBA ALFARO

ALFONSO GARCIA MARINA

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

1 Introducción

Una dieta que prohíbe el consumo de alimentos ricos en grasas, como las grasas saturadas y las grasas trans, se conoce como "dieta libre de grasas". Los pacientes que sufren de pancreatitis, enfermedades hepáticas y problemas de la vesícula biliar, entre otras afecciones, siguen con frecuencia esta dieta.

En la cocina del hospital, es fundamental seguir los procedimientos correctos para preparar comidas sin grasa y usar los ingredientes y las técnicas de cocción correctos para adaptarse a las restricciones dietéticas. En este caso, el pinche es fundamental para desarrollar una dieta adecuada y libre de grasas.

Para preparar una dieta libre de grasas, el pinche debe elegir y preparar los ingredientes correctamente, usar métodos de cocción saludables como hornear, asar

y cocinar al vapor, y presentar la comida de una manera visualmente atractiva y apetitosa.

El pinche debe conocer las necesidades y requisitos dietéticos únicos de cada paciente y trabajar en estrecha colaboración con los nutricionistas y dietistas del hospital para satisfacer esas necesidades.

Para evitar la contaminación cruzada y la propagación de enfermedades infecciosas, el ayudante de cocina también debe mantener un entorno de trabajo ordenado y organizado.

En conclusión, el pinche es fundamental a la hora de crear una dieta libre de grasas adecuada para pacientes con necesidades dietéticas especiales. Debe cooperar con el personal de nutrición y dietética, adherirse a las necesidades dietéticas únicas de cada paciente y mantener el lugar de trabajo ordenado y organizado.

2 Objetivos

En este trabajo vamos a analizar las funciones del pinche de cocina en la elaboración de la dieta sin grasa.

3 Metodología

Para elaborar el presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

Para preparar una comida sana y equilibrada para un paciente que necesita una dieta libre de grasas, el pinche debe seguir las indicaciones del dietista y del personal médico. Algunas de las tareas que realizará el pinche de cocina a la hora de crear una dieta baja en grasas son las siguientes:

Para asegurarse de que se elimine toda la grasa de los ingredientes, el pinche de cocina debe seguir cuidadosamente las recetas del dietista. Durante la preparación, se deben evitar los ingredientes con alto contenido de grasa, como la mantequilla, el aceite y los productos lácteos enteros.

El control de las porciones es importante para asegurarse de que los pacientes obtengan la cantidad adecuada de alimentos y nutrientes. El pinche de cocina

debe medir las porciones con cuidado. Para evitar el desperdicio de alimentos y la desnutrición, es crucial asegurarse de que se sirva la cantidad adecuada de alimentos.

Control de calidad de los alimentos: El pinche de cocina debe revisar los alimentos para asegurarse de que aún están frescos y aptos para el consumo.

Para evitar la contaminación y el deterioro, también es fundamental verificar las fechas de vencimiento y cumplir con las prácticas de almacenamiento recomendadas.

Para evitar la contaminación cruzada, el pinche de cocina debe mantener su espacio de trabajo limpio y desinfectado. Para garantizar la seguridad del paciente y la seguridad de los alimentos, es fundamental seguir los procedimientos adecuados de limpieza y desinfección.

Para obtener información actualizada sobre los requisitos dietéticos de los pacientes y para asegurarse de que se observen las restricciones dietéticas adecuadas, el pinche debe comunicarse con el dietista y el personal médico.

En conclusión, el papel del pinche de cocina en la creación de una dieta libre de grasas es fundamental para garantizar que los pacientes reciban comidas sanas y equilibradas. Para garantizar la seguridad de los alimentos y la satisfacción del paciente, se debe seguir una atención cuidadosa y los procedimientos adecuados.

5 Discusión-Conclusión

Reduzca su consumo de alimentos procesados y fritos para construir una dieta libre de grasas. Se pueden sustituir las proteínas magras como el pollo y el pescado, así como los alimentos ricos en nutrientes como las frutas, las verduras, los cereales integrales y las legumbres.

Para evitar agregar grasas y aceites, lo mejor es cocinar los alimentos en el horno, parrilla, vapor u horno. Además, puede cocinar saludablemente sustituyendo el aceite por agua o caldo bajo en grasa al saltear.

Además, hay que prestar atención a los aderezos y salsas que se utilizan, optando por alternativas bajas en grasas como la salsa de tomate natural o las vinagretas caseras.

6 Bibliografía

1. Callejas, M. J. G. (2013). Gestión de la seguridad alimentaria en cocinas hospitalarias. AENOR-Asociación Española de Normalización y Certificación.
2. www.scielo.org

Capítulo 514

EL PINCHE DE COCINA Y SU PAPEL EN LA COCCIÓN AL VACÍO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

GLORIA MARTÍNEZ TARIN

NOELIA VILLALBA ALFARO

ALFONSO GARCIA MARINA

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

1 Introducción

El papel del pinche de cocina es fundamental en la cocina del hospital. Él o ella está a cargo de manipular y preparar los alimentos utilizando su habilidad y conocimiento. La cocción al vacío es una de las habilidades más cruciales que deben dominar. La cocción al vacío se caracteriza por un proceso de cocción duradero a baja temperatura. Al eliminar la necesidad de aire durante la cocción, los alimentos pueden conservar su sabor, textura y color naturales. Además, al cocinar los alimentos en un recipiente sellado, se genera un ambiente húmedo que ayuda a cocinar uniformemente y obtener los mejores resultados. Para realizar una cocción al vacío eficiente, el ayudante de cocina del hospital debe ser capaz de seguir los procedimientos prescritos desde la elección de los ingredientes hasta el envasado, extracción de aire y sellado, control de temperatura y

tiempo de cocción, enfriamiento y regeneración de los alimentos antes de servir. En las cocinas de los hospitales, la cocción al vacío es una técnica fundamental que permite una cocción uniforme conservando las cualidades originales de los alimentos. Una aplicación exitosa de esta técnica y la garantía de una dieta nutritiva y de alta calidad para los pacientes dependen de la presencia del ayudante de cocina.

2 Objetivos

Se utilizará la figura del pinche de cocina hospitalaria para describir las características y especificidades de la cocción al vacío en un entorno médico.

3 Metodología

Como parte de la investigación para este artículo, se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica actualmente publicada. Los artículos científicos de publicaciones académicas revisadas han sido seleccionados a través de una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos y el motor de búsqueda de Google Scholar.

4 Resultados

En las industrias culinarias y sanitarias se utilizan diferentes técnicas de envasado al vacío para mantener la calidad y la frescura de los alimentos. Los enfoques más populares se explican en detalle a continuación:

- Vacío estándar Esta técnica se utiliza para conservar alimentos crudos, curados o marinados que no tienen huesos ni espinas. Se colocan dentro de una bolsa de 100 micras y se purga el aire antes de sellar la bolsa con calor. Embutidos, salmón marinado en salsa y entrecot son algunos ejemplos.
- Vacío continuo: Este procedimiento se utiliza principalmente para alimentos de gran tamaño que se cocinarán dentro de la bolsa. Para lograr un envasado adecuado, se prolonga el tiempo de acción del vacío. La lengua escarlata y el jamón dulce son un par de ejemplos.
- Vacío para productos calientes: Este método se utiliza para productos cocidos calientes, ya que necesitan menos tiempo de vacío debido a la menor cantidad de oxígeno. La salsa y los salteados son dos ejemplos.
- Vacío compensado: Este método se utiliza en prendas delicadas y similares.

Los alimentos se pueden dividir en tres categorías generales:

1. Mercancía seca: El oxígeno del aire del contenedor se transforma en nitrógeno antes de sellarlo para productos con bajo contenido de agua cuyo principal problema es la oxidación. Las nueces, las papas fritas y el café son algunos ejemplos.
2. Productos con un contenido medio de agua Estos productos tienen problemas de oxidación, crecimiento bacteriano y moho. Para controlar el crecimiento bacteriano se utiliza una mezcla de N₂ y CO₂. Para evitar la oxidación y el crecimiento de bacterias y mohos, estos productos deben almacenarse a bajas temperaturas (0-2°C). Para mantener el producto fresco, también es fundamental practicar una buena higiene y cerrar completamente las bolsas o recipientes después de cada uso. En pocas palabras, es fundamental seguir los procedimientos adecuados de almacenamiento y manipulación para garantizar la calidad y la seguridad de estos productos.
3. Los productos con alto contenido de agua, especialmente la carne, presentan una serie de dificultades para su conservación y mantenimiento de la calidad. Uno de los mayores problemas es la oxidación, que repercute en el color del producto, elemento crucial en la toma de decisiones del consumidor. A los consumidores les encanta el rojo que la hemoglobina da a los productos, pero la oxidación puede cambiar el color rojo de un producto y degradar su frescura y calidad. El manejo y almacenamiento de estos productos debe hacerse con cuidado para evitar el crecimiento de bacterias putrefactivas, ya que el oxígeno es un factor importante en su desarrollo.

5 Discusión-Conclusión

Desde la perspectiva de un pinche de cocina hospitalaria, es posible afirmar que la correcta manipulación de los alimentos preparados y tratados mediante cocción al vacío es una técnica fundamental en la industria alimentaria porque permite prolongar la vida útil de los productos. mejorar la calidad organoléptica de diversos alimentos, géneros y alimentos. Para garantizar la seguridad alimentaria y la calidad de los productos, el papel del empleado que actúa como pinche de cocina del hospital es fundamental durante todo el proceso. Debe recibir la formación necesaria, ser gestionado con eficacia y poseer un conocimiento profundo de las técnicas de cocción al vacío.

6 Bibliografía

1. La cocción al vacío en la conservación de alimentos: una revisión. Revista de Tecnología de Alimentos. 2014;25(2):23-27
2. www.revistamedica.com

Capítulo 515

EL PINCHE DE COCINA EN EL EMPLATADO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

GLORIA MARTÍNEZ TARIN

NOELIA VILLALBA ALFARO

ALFONSO GARCIA MARINA

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

1 Introducción

Las tareas realizadas en la cocina del hospital son cruciales durante la estancia de un paciente, y muchos detalles deben manejarse con cuidado. Los pacientes que normalmente ya tienen sistemas inmunológicos débiles y cuerpos que son más susceptibles a las enfermedades se enfrentan a un problema grave con la propagación de enfermedades transmitidas por los alimentos. Como resultado, preservar la seguridad alimentaria será una prioridad máxima en las cocinas de los hospitales. Este proceso comienza con la etapa de colocación, donde se deben tener en cuenta muchos factores, incluidas las temperaturas y la agilidad. Nos referimos al Real Decreto 3484/2000, de 29 de diciembre, por el que se establecen los distintos requisitos higiénicos para la elaboración, distribución y comercialización de alimentos preparados que identifica quiénes son los responsables de

desarrollar y poner en marcha sistemas de autocontrol en el sector de los alimentos preparados con el fin de minimizar y acabar con prácticas de manipulación inadecuadas que pueden dar lugar a brotes de infecciones e intoxicaciones alimentarias. Los procedimientos que actualmente se llevan a cabo en la cocina de un hospital, como la recepción, preparación y colocación del producto, entre otros, deben, por lo tanto, realizarse de acuerdo con estrictas pautas y pasar estrictos controles de calidad.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es dar una explicación completa del sistema de emplatado, el equipo necesario para llevarlo a cabo y las diversas técnicas de producción por parte del pinche de cocina.

3 Metodología

La información para este capítulo del libro ha sido recopilada a través de búsquedas en varias webs relacionadas con la salud, registros y protocolos hospitalarios en España, la agenda de creación de objeciones de la editorial MAD y libros de cocina particulares.

4 Resultados

En cuanto al sistema de emplatado, queremos destacar que es el proceso mediante el cual las porciones de comidas preparadas en la cocina del hospital se sirven individualmente, con la mayor flexibilidad posible y a una temperatura adecuada para el consumo del paciente. En consecuencia, es un punto fundamental y trascendental en el trabajo que se realiza en una cocina. Este proceso de emplatado requiere el uso de precauciones de higiene. En todo caso se llevarán guantes, mascarilla y gorro, y la vestimenta deberá ser totalmente higiénica. Entrantes, segundos, combinados, disfasias y purés y guarniciones son solo algunos de los platos que se servirán de carro al baño maría. Estos platos se distribuirán en una cinta transportadora para que los emplate el personal de cocina. Las bandejas se colocan en un carro, que luego se une a una estación donde la comida se calienta a la temperatura que el paciente ha indicado que es adecuada para el consumo. Las mesas tradicionales y calientes son las dos subcategorías que se pueden utilizar para clasificar los servicios de emplatado.

Mencionamos específicamente los siguientes en relación a los distintos sistemas de producción:

- Centralizado, el método mencionado anteriormente mediante cintas transportadoras, es el que se utiliza con mayor frecuencia. Los siguientes suministros deben estar disponibles en la cocina de un hospital para un enchapado adecuado: Cintas de enchapado. Bandejas de cartuchos.
- Centralizadas o al baño maría.
- Carros para dispensadores de bandejas.
- Transporte térmico o retermalización.

Hay 2 tipos de cadenas:

- Cadena caliente: Los alimentos deben servirse a una temperatura de 65 grados centígrados o superior. En cadena de frío, el producto se prepara con anticipación y se mantiene refrigerado hasta el momento de servir. El producto debe regenerarse a una temperatura mínima de 65 grados centígrados antes de servir.
- Cadena de frío congelado: después de la preparación, el centro del producto debe calentarse a una temperatura de 65 °C antes de enfriarse a una temperatura de -18 °C.

5 Discusión-Conclusión

Para que un paciente tenga la estancia en un centro hospitalario más placentera posible, como se explica en este capítulo del libro, el proceso de colocación de placas es fundamental y esencial. Por ello, es trascendental que el personal de cocina ponga todo su empeño y compromiso para que así sea. Los gerentes de cocina de un centro hospitalario, deben ser competentes en la entrega de sesiones de capacitación a los nuevos miembros del personal de pinche de cocina porque, con frecuencia, los miembros del personal sin experiencia experimentan un estrés laboral significativo como resultado de su falta de experiencia.

6 Bibliografía

- 1.<https://santosgrupo.com/v1/especialidades/cocinas-profesionales/4010-2/>.
2. Pubmed
3. www.scielo.org

Capítulo 516

INSTALACIONES ELÉCTRICAS DE BAJA TENSIÓN. POR EL PROFESIONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO PERTECECIENTES AL EQUIPO DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO

LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO

MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA

PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES

JUAN GIJÓN MERCHAN

1 Introducción

Un circuito eléctrico es la interconexión de varios elementos que poseen una trayectoria cerrada y tienen como finalidad principal la de transmitir energía eléctrica desde los elementos que la producen hasta los elementos que la consumen, los circuitos eléctricos son los que componen las instalaciones eléctricas. Hay distintos tipos de conexiones eléctricas según la manera de conexión entre sí, de los circuitos en serie y de los circuitos formados en paralelo.

Los circuitos en serie tienen como característica principal que sus resistencias están conectadas en la misma serie que existe entre los extremos, por lo que el terminal de salida de un aparato es conectado al terminal de entrada del posterior dispositivo. Al estar uno junto al otro, la corriente se transmite de resistencia en resistencia en un único sentido, tiene como inconveniente que si un circuito falla, los demás también se quedan sin energía eléctrica.

Los circuitos en paralelo, en cambio, tienen como principal característica de tener los receptores alineados entre sí de manera paralela. Cada vía de los receptores tiene una resistencia que está conectada en puntos comunes. Los circuitos en paralelo son los más instalados, ya que son los más estables, debido a que poseen la misma tensión e intensidad en todos los puntos que recorren el circuito.

Hay otro tipo de circuitos, los llamados circuitos mixtos, que son una mezcla entre los circuitos en paralelo y los circuitos en serie.

2 Objetivos

- Explicar que son las instalaciones eléctricas de baja tensión, su definición y clasificación, conocimientos básicos en la formación de los electricistas y mecánicos que forman parte del equipo de mantenimiento hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Podemos clasificar las instalaciones eléctricas según su tensión y/o uso:

Por su tensión

- Instalaciones eléctricas de alta y media tensión, tienen gran potencia y también mayor pérdida de energía debido al calentamiento de los conductores. La diferencia de potencial máxima entre los dos conductores es mayor a 1000 voltios (1Kv).

Su principal uso es en áreas de gran consumo eléctrico.

- Instalaciones eléctricas de baja tensión, son las más habituales para el uso doméstico y comercial. La diferencia de potencial máxima entre los dos conductores es menor a los 1000 voltios (1 Kv), pero debe ser mayor a 24 voltios.
- Instalaciones eléctricas de muy baja tensión, no se suelen instalar, ya que la diferencia máxima de potencial entre los dos conductores ha de ser inferior a 24 voltios y no se podrían utilizar aparatos eléctricos que necesiten gran potencia, ya que el circuito se podría quemar.

Por su uso

- Instalaciones generadoras, son las instalaciones eléctricas que producen una fuerza electromotriz, generando energía eléctrica a partir de otros tipos de energía. Utilizan las líneas de transmisión de alta tensión y de extra de alta tensión que transportan la corriente alterna desde el punto en el que se genera hasta las zonas de consumo, industrias, grandes hospitales, hasta ciudades enteras.
- Instalaciones eléctricas de transporte, consisten en líneas eléctricas que conectan diferentes instalaciones, las líneas eléctricas pueden instalarse subterráneamente o pueden ser aéreas.
- Instalaciones transformadoras, son las instalaciones que reciben la energía eléctrica modificando sus parámetros, transformando la tensión de energía, ampliándola o reduciéndola dependiendo de si va a ser utilizada o transportada.
- Instalaciones receptoras, son las instalaciones más comunes, encontrándolas en la mayoría de las industrias y hogares, transforman la energía eléctrica a otros tipos de energía, son las instalaciones antagónicas a las instalaciones generadoras.

Entre las averías más comunes encontramos;

- Cortocircuito, es la más común de las averías, se origina cuando la conexión entre los dos conductores es mala, debido a la diferente polaridad o a un fallo en el cableado.
- Sobrecarga, los circuitos de la instalación están diseñados para soportar una intensidad de corriente diferente, cuando esta corriente supera el límite de voltios causa una sobrecarga de tensión.
- Pérdida de aislamiento, es la avería más común, se debe al envejecimiento de los cables por donde pasa la corriente eléctrica.
- Fallo del interruptor diferencial, se desconectará el suministro de luz si detecta

anomalías o desviaciones en la instalación eléctrica.

5 Discusión-Conclusión

Las instalaciones eléctricas tienen un mecanismo complejo y es muy sensible a fugas y averías, tienen elementos protectores que desactivan el suministro de luz si hay riesgo, ya que son un conjunto de máquinas, aparatos y circuitos eléctricos asociados entre sí.

Las instalaciones de baja tensión son aquellas que producen, transforman, transmiten y distribuyen energía eléctrica con una tensión nominal igual o inferior a 1.000 voltios.

Estas instalaciones se tienen que realizar, mantener y revisar periódicamente siguiendo las normas del Reglamento Electrotécnico de Baja Tensión (REBT), dicho trabajo será una de las funciones del personal electricista y mecánico de los centros hospitalarios.

6 Bibliografía

1. Bellot A. Qué es la tensión eléctrica: baja, media y alta tensión [Internet]. Blog Alcanzia. 2019 [citado el 31 de julio de 2023]. Disponible en: <https://alcanzia.es/blog/que-es-la-tension-electrica/>
2. Tipos de esquemas de distribución para el suministro de energía eléctrica [Internet]. Bender-latinamerica.com. [citado el 31 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.bender-latinamerica.com/informacion-tecnica/tecnologia/sistema-it/comparacion-entre-esquemas-de-conexion-para-el-suministro-electrico/>
3. de Distribución en Baja Tensión N-. EPPI. Especificaciones Particulares para Instalaciones de Distribución en Baja Tensión de $U \leq 1.000$ V [Internet]. Gob.es. [citado el 31 de julio de 2023]. Disponible en: <https://industria.gob.es/Calidad-Industrial/seguridadindustrial/instalacionesindustriales/baja-tension/Documents/tablas/endesa2/NRZ002.pdf>

Capítulo 517

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CITACIONES

ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA

GONZALO TEJERA DE EUSEBIO

ESTEFANIA FLORES ALCOLEA

MARIA ANGELES PALACIOS AVILES

AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO

1 Introducción

Podemos definir consultas externas como los actos médicos en régimen ambulatorio que tienen lugar en un espacio adaptado para ello para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un paciente.

Las consultas externas se encuentran ubicadas en los hospitales o en los centros de diagnóstico y tratamiento.

El paciente puede ser derivado a consultas externas a través de varias vías:

- Desde el Centro de Salud a través de su médico de Atención Primaria, cuando este valore la necesidad de una consulta con el especialista correspondiente.
- Desde los servicios de urgencias, a través de un volante.
- Desde la consulta de otra especialidad, cuando se estime conveniente.

-Desde otros hospitales cuando estos no cuenten entre sus servicios con la especialidad demandada.

Las consultas externas son una unidad muy importante en los hospitales, es un servicio polivalente que cuenta con múltiples especialidades médicas.

Las consultas externas han adquirido en los últimos tiempos mayor protagonismo frente a la hospitalización, ya que permite una atención de manera ambulatoria frente a la hospitalización con la consiguiente comodidad para el paciente y la reducción del coste económico sanitario.

La unidad de citas o consultas externas pertenece al servicio de Admisión y Documentación Clínica, en el presente capítulo vamos a desarrollar las funciones que realizan en él el auxiliar administrativo destacando su importancia para el eficaz funcionamiento del servicio.

2 Objetivos

-Exponer el funcionamiento de la unidad de citas en el ámbito hospitalario.

-Enumerar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en dicha unidad.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “auxiliar administrativo”, “unidad de citas”, 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

Como hemos visto las consultas externas se encuentran generalmente anexas al hospital.

Dependiendo del tipo de hospital contará con mayor o menor número de especialidades, y por lo tanto de consultas.

Los auxiliares administrativos que trabajan en esta unidad tienen cometidos muy variados existiendo varias secciones.

Por un lado están todos los puntos de citaciones, que estarán anexas a las consultas de los facultativos, donde el paciente tras una consulta médica acudirá a solicitar las citas que el personal facultativo les haya prescrito.

También existe otra sección que se encarga de gestionar las agendas, citar los preoperatorios, confirmar citas etc. que no trabaja en contacto con el paciente.

En el mostrador de citaciones el auxiliar administrativo se encargará de citar las pruebas que le hayan sido prescritas al paciente, deberá solicitar el volante y comprobar que los datos personales, dirección, teléfono son correctos, así como comprobar con la tarjeta sanitaria del paciente que pertenece al área de influencia del hospital. Una vez comprobados todos los datos citará las pruebas solicitadas entregando una copia de la cita al paciente.

Otra función del auxiliar administrativo será informar sobre la ubicación de las consultas, salas de espera y puntos de recepción.

Cuando un paciente haya extraviado una cita, o no recuerde con exactitud el día y la hora de la consulta el auxiliar administrativo de proporcionará una copia de la misma.

Atenderá las llamadas telefónicas.

Realizará las peticiones de ambulancias de los pacientes que así lo requieran, previa solicitud del facultativo.

También será el encargado de la confirmación de la asistencia de los pacientes a una cita determinada para evitar dejar huecos sin ocupar.

Existe otra sección en citaciones que no trabaja en contacto directo con los usuarios, entre las funciones que realiza encontramos las siguientes:

- Gestión de las diferentes agendas.
- Desprogramación y adelanto de citas.
- Derivación de pacientes a centros concertados.
- Preparación de los preoperatorios y citación del paciente.
- Labores de estadística y comunicación de datos a su superior jerárquico.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir diciendo que el auxiliar administrativo de la unidad de citas o consultas externas, proporciona el soporte operativo, a la dirección y a los servicios asistenciales con la creación y gestión de las agendas. Su trabajo es de gran importancia para el fluido funcionamiento y coordinación de todos los servicios.

Su buena gestión puede disminuir los tiempos de espera, a la vez que optimizar todos los recursos médicos, personales y logísticos.

Por lo anteriormente expuesto, el auxiliar administrativo debe conocer en profundidad el circuito de consultas externas, los protocolos de trabajo, y poseer una adecuada capacidad de comunicación, pues trabaja en contacto directo con el paciente.

6 Bibliografía

1. <https://nordoc.net/wp-content/uploads/2016/01/Gui%CC%81a-de-Gestio%CC%81n-de-Consultas-Externas-en-Atencio%CC%81n-Especializada.pdf>
2. <https://revistamedica.com/funcion-administrativo-gestion-citas/>
3. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100404

Capítulo 518

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE CODIFICACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA

GONZALO TEJERA DE EUSEBIO

ESTEFANIA FLORES ALCOLEA

MARIA ANGELES PALACIOS AVILES

AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO

1 Introducción

En el Sistema Sanitario influyen multitud de factores como son el sistema político, fiscal, educativo etc. Otro factor de gran importancia en el Sistema Sanitario es la calidad asistencial que ofrece, que depende en gran medida de factores económicos y del aumento de la eficacia y eficiencia.

Para la correcta gestión de los procesos asistenciales de los pacientes existen diversos mecanismos, el encargado de esta función es el servicio de Admisión y Documentación Clínica, que es responsable de obtención, difusión y normalización de los datos clínicos y de su difusión a los usuarios externos e internos. La unidad de codificación interviene en este proceso de gestión de los datos clínicos, es este servicio trabajan diferentes profesionales, normalmente la unidad

está compuesta por personal de enfermería, técnicos en documentación y auxiliares administrativos.

Las funciones de la unidad de codificación son muy diversas todas ellas relacionadas con los datos clínicos generados por los procesos asistenciales de los pacientes, y cuya finalidad es dotar al sistema sanitario de una mayor calidad a la vez que eficacia y eficiencia.

Seguidamente vamos a desarrollar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en la unidad de codificación y su importancia para la gestión del sistema sanitario y optimización de los recursos, tanto materiales como personales.

2 Objetivos

- Describir el proceso y las características del procedimiento de codificación.
- Desarrollar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el servicio de codificación.

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”, “auxiliar administrativo”, “unidad de codificación”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

El servicio de Admisión y Documentación Clínica es el responsable entre otras funciones de la gestión de los datos clínicos derivados de la asistencia sanitaria

de los pacientes.

La unidad o servicio de codificación realiza numerosas funciones en relación con la normalización de los datos clínicos entre las que nos encontramos las siguientes:

- Realiza y valida el proceso de codificación de episodios clínicos.
- Elabora y valida los datos administrativos.
- Difunde la información clínica obtenida tanto a usuarios internos como externos.
- Analiza el producto hospitalario.
- Identifica las fuentes de datos del sistema de información clínica.
- Codifica los episodios asistenciales.
- Procede al tratamiento de la información clínica.

El servicio de codificación necesita unos medios para la realización de su trabajo: personal formado en codificación, historia única del paciente, disponer de un sistema informático adecuado, y contar con protocolos de trabajo.

Actualmente en España está vigente la CIE-10-ES que es una clasificación de referencia para la codificación clínica y registro de la morbilidad. Esta CIE-10-ES incluye una clasificación de enfermedades para codificar diagnósticos y una clasificación de procedimientos. El objetivo es la normalización de los datos clínicos con el fin de proporcionar datos homologables sobre la salud que faciliten el seguimiento de los problemas de salud, la elaboración de estadísticas, conocimiento del sector, etc.

Las funciones que realiza el auxiliar administrativo en la unidad de codificación son las siguientes:

- Actualizar periódicamente ciertas normas de codificación.
- Registrar y extraer datos.
- convertir el lenguaje clínico en un sistema alfanumérico para poder mencionar categorías y procedimientos médicos.
- Mejora la comunicación entre los profesionales sanitarios.
- Debe conocer perfectamente los sistemas de codificación. Los datos más relevantes son los siguientes:
- Antecedentes médicos del paciente.
- Enfermedades actuales.
- Causa del ingreso.
- Exploración.
- Datos complementarios.
- Diagnóstico
- Evolución.
- Tratamiento y observaciones

5 Discusión-Conclusión

A grosso modo podemos definir la codificación sanitaria como una herramienta de clasificación en el ámbito sanitario que facilita el tratamiento de los datos clínicos y otras documentaciones de manera unificada.

Como hemos visto en el presente capítulo la unidad de codificación es de vital importancia para la gestión de los sistemas sanitarios, poniendo a disposición de los mismos información muy valiosa para la optimización de los recursos, investigación de enfermedades, validación de protocolos, realización de estadísticas etc.

Los auxiliares administrativos que realizan su trabajo en esta unidad deben estar altamente cualificados, pues deben conocer perfectamente los sistemas de codificación y actualizaciones. En la actualidad está vigente la CIE-10-ES utilizada por el sistema sanitario español.

6 Bibliografía

- 1.https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES_2018_diag_pdf_20180202.pdf
- 2.https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/download?name=MANUAL_DIAGNOSTICOS%202020_03_12_2019.%20BORRADOR_5442604516737121287.pdf
3. <https://mediariodesistemasdeclase.blogspot.com/2021/11/importancia-de-la-codificacion.html>

Capítulo 519

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI)

ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA

GONZALO TEJERA DE EUSEBIO

ESTEFANIA FLORES ALCOLEA

MARIA ANGELES PALACIOS AVILES

AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO

1 Introducción

La unidad de cirugía sin ingreso está formada por una plantilla multidisciplinar. con profesionales pertenecientes a distintas especialidades como anestelistas, enfermeras auxiliares de quirófano y sanitario administrativas. La unidad ofrece importantes beneficios tanto para pacientes como para el personal sanitario entre los que cabe reseñar:

- La idoneidad de las instalaciones quirúrgicas que no requieren hospitalización.
- Menor riesgo de infecciones y enfermedades respiratorias.
- Mejora de la calidad asistencial.
- Disminución de los costes económicos de la intervención.
- una rápida recuperación y reincorporación a la vida cotidiana.

Estas unidades suelen estar ubicadas en el hospital, por lo que si surgieran complicaciones en la intervención se procederá a su traslado a otro tipo de quirófanos, ingreso en planta de hospitalización o unidad de cuidados intensivos.

Este tipo de intervención quirúrgica es muy demandado en un hospital, ya que el paciente es operado y suele marcharse a casa el mismo día de la intervención, sin necesidad en la mayoría de los casos de precisar ingreso hospitalario. Esto permite la realización de un mayor número de intervenciones reduciendo así las listas de espera, y los costes económicos.

En este capítulo nos vamos a centrar en la figura del auxiliar administrativo que desarrolla su trabajo en estas unidades y en exponer con detalle sus funciones.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento de la unidad de cirugía sin ingreso.
- Desarrollar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en esta unidad.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “auxiliar administrativo”, “unidad de cirugía sin ingreso” 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

Existen varios tipos de cirugía sin ingreso dependiendo del tipo de intervención y la complejidad de la misma. Dependiendo del procedimiento quirúrgico a realizar

y las condiciones propias de cada paciente, cada especialidad médica propondrá a aquellos candidatos más idóneos para ser sometidos a una intervención en régimen ambulatorio.

Los tipos de intervención que se llevan a cabo en esta unidad son:

- Cirugía mayor ambulatoria: comprende todos los procesos que requieren una intervención quirúrgica con anestesia general, local, regional o sedación donde el paciente requiere cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, sin precisar ingreso hospitalario. Por este motivo, los pacientes son dados de alta pocas horas después de la intervención salvo que surjan complicaciones imprevistas.

- Cirugía menor ambulatoria (cma) es una modalidad de cirugía sin ingreso comprende todos los procesos quirúrgicos que se realizan con anestesia local, y no requieren salvo complicaciones ningún tipo de estancia hospitalaria ni recuperación postoperatoria. Suelen ser procedimientos de la especialidad médica de Dermatología: lesiones en la piel, cirugía de uñas encarnadas, infectadas etc.

Esta unidad depende administrativamente del servicio de admisión y documentación clínica, en ella trabajarán varios auxiliares administrativos dependiendo del tamaño de la misma con diversas funciones.

Entre las funciones que desarrolla el auxiliar administrativo en la unidad de cirugía sin ingreso, nos encontramos las siguientes:

- El paciente a su llegada al hospital, deberá acudir al mostrador de recepción donde será atendido por el auxiliar administrativo, este comprobará que todos los datos están correctos, identificando al paciente a través de la tarjeta sanitaria.
- Realizará el ingreso propiamente dicho a través del programa informático de la institución.
- Realizará las peticiones de las historias clínicas al servicio de archivo.
- Será el encargado de mecanizar informáticamente las altas de los pacientes una vez propuestas por el facultativo responsable del mismo.
- Realizará la petición de la ambulancia para el regreso al domicilio cuando el paciente no pueda regresar por sus propios medios.
- Se encargará de realizar los justificantes de asistencia tanto a pacientes como a familiares o acompañantes.
- Tramitará las citas para revisiones posteriores relacionadas con la intervención.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar, esta unidad ofrece al paciente una atención mucho más personalizada y menos invasiva al no requerir ingreso. La recuperación será mu-

cho más cómoda y rápida, ya que les permite pasar el proceso de convalecencia en el propio domicilio siempre bajo la supervisión del personal de enfermería. Se le facilitará al paciente un número de teléfono donde podrá llamar en caso de necesidad urgente o consulta relacionada con su intervención. En cualquier caso, deberá acudir al servicio de urgencias si se produce algún síntoma de gravedad. Reseñar la importancia de las funciones del auxiliar administrativo en esta unidad, ya que presta apoyo administrativo al resto de personal sanitario con el que trabaja en estrecha colaboración.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-unidad-cirugia-sin-ingreso-estancia-9298>
2. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-unidad-admision/>
3. (PDF) La Unidad de Cirugía Sin Ingreso: la gestión basada en procesos (researchgate.net)

Capítulo 520

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES BASICAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA

JULIANA LADERO PACHECO

RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO

PETRA MONTALVO CAMPOS

MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO

LUCIA MONTALVO CAMPOS

1 Introducción

La sala de farmacia del hospital se encarga de la recolección de material, el transporte dentro de la farmacia, la preparación del suelo, el transporte de medicamentos de la farmacia al departamento, el manejo de inventario y el almacenamiento de la farmacia.

Los hospitales de más de 100 camas están obligados por la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y otros productos sanitarios a prestar un servicio de farmacia a los pacientes hospitalizados. Según la normativa, el tamaño, las actividades y el tipo de un hospital determinarán si necesita más farmacéuticos en la farmacia hospitalaria. Debido a la importancia del papel del celador en esta unidad, siempre debe estar presente. De acuerdo

con los requisitos legales y reglamentarios establecidos, las farmacias de los hospitales y otros establecimientos de salud están obligados a proporcionar o dispensar los medicamentos solicitados. Como parte del servicio de farmacia, la sala se encargará de labores como recepción de material, movimiento de material pesado y transporte dentro de la farmacia. Además, realizará inventarios de materiales y trasladará carros cargados de medicamentos a los distintos departamentos del hospital. Los servicios de farmacia gestionarán adecuadamente los medicamentos y los utilizarán de manera más eficaz al hacerlo. El responsable apoyará al servicio de farmacia en el cumplimiento de todas sus funciones.

2 Objetivos

Reconocer las diversas tareas que realiza el portero en el servicio de farmacia y la importancia de su aporte al equipo.

3 Metodología

Para escribir este capítulo, se ha realizado un análisis exhaustivo de artículos académicos sobre el tema en discusión. Utilizando las palabras clave celador, farmacia y funciones, se ha buscado información para ello en webs especializadas como Cinahl, Scopus y Elsevier.

4 Resultados

Los hospitales están obligados a disponer de servicios o unidades de farmacia hospitalaria para cumplir con los requisitos mínimos legales. La farmacia hospitalaria es responsable de desarrollar un sistema confiable y seguro para la distribución de medicamentos, garantizar su correcta administración, proteger y dispensar los productos aún en etapa de ensayo clínico y velar por el cumplimiento de las leyes que rigen el uso de medicamentos que contienen sustancias psicoactivas u otras sustancias que requieren un seguimiento especial. La recepción de los suministros y la entrega de una copia del albarán de entrega al personal médico son tareas propias de la planta de servicio de farmacia si hay un error sustancial. Si se suministra, no se debe recoger y la farmacia notificará al infractor. Para que los servicios administrativos puedan realizar el seguimiento de su entrada, el vigilante también entregará este material al personal médico tras recibir un duplicado del correspondiente albarán. lo que se categoriza, ordena y almacena

en estanterías. Debe tenerse en cuenta que algunos productos, como las botellas de suero y alcohol, son preparados directamente por el asistente.

El celador solo instalará botellas de alcohol o IV; no se establecerán medicamentos recetados. Sin embargo, prepara el alcohol, distribuye los medicamentos a las unidades hospitalarias y colabora con el personal médico para crear inventarios. El ordenanza distribuirá los suministros de manera rápida, eficaz y eficiente a las distintas unidades del hospital. Los carros fabricados para este fin se utilizarán para el transporte de materiales de distribución pesados o voluminosos. El celador de la farmacia está obligado a contar periódicamente el stock. Es su responsabilidad confirmar los niveles reales de existencias de los artículos que se mantienen en el inventario general, que normalmente se lleva a cabo una vez al año.

5 Discusión-Conclusión

El farmacéutico responsable estará actualizando el servicio de farmacia mientras el personal de enfermería realiza el seguimiento de los celadores. Su labor es fundamental en esta unidad porque es el encargado de distribuir la medicación, entre otras cosas a los pacientes a las unidades de hospitalización, siempre a tiempo, para garantizar que el servicio se brinde adecuadamente. El servicio de farmacia hospitalaria es fundamental para el abastecimiento de artículos sanitarios, ya que los demás servicios contribuyen. Las unidades o servicios de farmacia hospitalaria realizarán las tareas necesarias para una mejor gestión, uso y control de los medicamentos, es decir, para lograr un uso racional de los mismos.

6 Bibliografía

1- <http://www.cgtsanidadlpa.org>

2-<http://www.boe.es>

Capítulo 521

EL ELECTRICISTA COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO EN TRABAJOS DE BAJA TENSIÓN DENTRO DEL ENTORNO SANITARIO

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

ALFONSO MOLINES MARTINEZ

RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Cuando sea necesario manipular un sistema de baja tensión, lo hará personal debidamente capacitado siguiendo los procedimientos previamente estudiados. Estas deberían ser las principales precauciones de seguridad.

Los guantes que proporcionen un aislamiento adecuado protegerán las manos.

-Nos aseguraremos de tener un soporte sólido y trabajaremos sobre una estera aislante.

Se requiere el siguiente equipo de protección personal para manejar dicho equipo.

-Guantes aislantes; si es necesario, también nos pondremos algunas mangas aislantes.

- Una pantalla resistente a la proyección de arco eléctrico para nuestros rostros.
- Gafas de protección visual con revestimiento de vidrio de seguridad.
- Casco que se ajusta de forma segura a la cabeza para evitar resbalones durante el trabajo.

Llevaremos ropa sin cremalleras y monos de trabajo adecuados para el manejo de estas instalaciones por ser un elemento conductor.

- Evite adornarse con joyas, incluidas pulseras, cadenas y relojes.

Las herramientas que empleamos deben estar debidamente aisladas para poder llevar a cabo estas tareas.

Siempre aisle todo lo que pueda para evitar que la electricidad se conduzca de cualquier manera.

Por último, antes de finalizar los trabajos tanto de mantenimiento como de reparación, debemos confirmar que la instalación que se ha manipulado es segura para todos los operadores presentes.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del electricista en el centro hospitalario.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo ha supuesto una exhaustiva búsqueda de información en numerosas normas UNE, reglamentos de baja tensión y manuales de usuario de los principales fabricantes.

Se han utilizado artículos científicos seleccionados de una búsqueda exhaustiva de libros y artículos de las bases de datos primarias de Pubmed, Medline y Google Scholar.

4 Resultados

Cuando realicemos las maniobras en circuitos eléctricos de baja tensión, seguiremos las instrucciones de un responsable.

El trabajo siempre debe ser realizado por personal que haya completado la capacitación requerida y haya obtenido las credenciales requeridas.

Nos aseguraremos de que el área de trabajo tenga la suficiente luz y la mantendremos así mientras finaliza el proyecto.

Se confirmará que el equipo que utilizaremos cumpla con los estándares y esté debidamente aislado.

Examinaremos el estado del equipo de protección personal de cada persona.

Para confirmar cómo se encuentran los materiales y sus conexiones, observaremos la instalación sobre la que trabajaremos. En caso de que confirmemos que existen fallos significativos, alertaremos al supervisor para que tome las medidas necesarias y manipule el sistema de la forma más segura y adecuada.

Si nuestro trabajo consiste en cambiar fusibles, lo haremos con guante y funda de cuero, los alicates diseñados para esta tarea y los alicates. Los cargos importantes se eliminarán como nuestra primera acción.

Antes de finalizar los trabajos de mantenimiento o reparación, debemos confirmar que la instalación que se ha manipulado es segura para todos los operadores presentes.

Las herramientas y el equipo que usamos para repararlo ahora necesitan ser reunidos. También se sustituirá el aislamiento operativo del edificio. Retiraremos nuestro equipo de seguridad personal, dejándolo debidamente guardado y almacenado para operaciones posteriores en las que trabajemos, realizando maniobras de baja o alta tensión.

Para evitar que la electricidad se conduzca de alguna manera, siempre aisle todo lo que pueda.

Finalmente, debemos asegurarnos de que la instalación ha sido manipulada de manera segura por todos los operadores presentes antes de concluir cualquier trabajo que sea tanto de mantenimiento como de reparación.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver, es esencial que los electricistas que trabajan como personal de mantenimiento estén completamente informados sobre todos los riesgos asociados con su línea de trabajo. Al trabajar con sistemas eléctricos de alta y baja tensión, deben conocer las medidas preventivas adecuadas y adaptadas para salvaguardarse del peligro.

A todos los trabajadores del personal de mantenimiento se les exigirá equipo de protección individual, como casco, guantes aislantes, pantallas protectoras y herramientas aislantes.

Antes de comenzar las maniobras, los trabajadores revisarán el equipo para asegurarse de que esté en óptimas condiciones para poder realizar todas sus tareas de manera segura.

6 Bibliografía

1.<https://medline.com//riesgos-electricista-protección>

Capítulo 522

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

LUCÍA GÓMEZ MOLINA

IVAN CARRION PEREZ

MARIA DE LOS LLANOS MARTINEZ MARTINEZ

MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN HENARES

RAÚL GÓMEZ MOLINA

1 Introducción

El Sistema de Medicina Intensiva o Unidad de Cuidados Intensivos, UCI, tiene por objetivo ofrecer un cuidado total a aquellos pacientes que están muy críticos debido a un postoperatorio que debe observarse su evolución, a un empeoramiento en la enfermedad de una persona, o por accidentes y traumas. Es una unidad especializada que cuenta con toda la tecnología para mantener con vida las funciones vitales de pacientes en riesgo de perder la vida, gracias a la vigilancia, monitorización y una asistencia continuada las 24 horas del día. Entre otros elementos podemos destacar la existencia de: monitor para la toma y registro de las constantes vitales, marcapasos, respiradores, máquinas para diálisis, bombas de medicación, etc.

Lo normal es que la UCI se encuentre muy cerca del servicio de Urgencias, ya que será la entrada rutinaria para los enfermos que están graves, además dentro de ella se distingue distintas especialidades que suelen separarse por boxes: cirugía cardiovascular, trasplantados, grandes quemados, cirugía general, aislados por contagio, cardiología, politraumatizados, etc.

Esta Unidad está formada por un equipo específico y muy profesional, con una formación muy concreta como lo son: médicos especialistas en medicina intensiva, titulados en enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores y otros profesionales.

Se trata de un área polivalente de acceso restringido, con normas muy estrictas de asepsia dada la gravedad de los pacientes y sus estados inmunodeprimidos, por lo que todo el personal deberá lavarse bien las manos, colocarse guantes y batas para evitar que se propaguen enfermedades.

2 Objetivos

Explicar las funciones que realiza el celador en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

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

4 Resultados

El celador servirá de apoyo a todo el personal y servirá de enlace para otros servicios del centro hospitalario, además deberá tener en cuenta las características de este tipo de pacientes, su fragilidad a la hora de realizarle las movilizaciones y los cambios posturales, ya que generalmente están conectados a aparatos, llevan sondas, oxígeno, y hay que tener cuidado de que no se desconecten.

El celador ayudará al personal médico y de enfermería en aquellas cuestiones para que las que se le requiera, ayudando al técnico de rayos en la movilización para realizar las pruebas complementarias que sean necesarias, trasladando dispositivos y aparatos de unas unidades a otras, llevando el portátil de rayos donde se encuentre el paciente para hacerle la prueba in situ, colaborará con el TCAE en el aseo o a la hora de hacer la cama o cambiar las sábanas.

Las movilizaciones a los pacientes deben de ser muy cuidadosas pero también requieren de una ejecución rápida ya que el paciente podría presentar dolor y desestabilizarse, y es que estos pacientes estarán encamados casi la totalidad de su estancia en ésta unidad, por lo que al final se deberán de hacer las movilizaciones necesarios para el aseo, cambio de sábanas, para evitar las úlceras por presión, etc.

Podemos destacar entre las funciones del celador en UCI, las siguientes:

1/ Trasladar al paciente desde el lugar donde se encuentre hasta la UCI, observando que lleva la documentación necesaria así como la historia clínica.

2/ Cuando llegue el paciente, lo pasarán de la camilla o silla de ruedas donde se encuentre a la cama y al box especificado, si andara por si mismo, lo ayudarán para evitar caídas. El celador puede pedir la ayuda de otro celador o compañero sanitario.

3/ Ayudar al técnico de rayos en la movilización de los pacientes que lo requieran y trasladando el aparato portátil de rayos a los boxes.

4/ Ayudar al TCAE en el lavado y aseo de los pacientes.

5/ Si hubiera que llevarlo a la realización de alguna prueba, también lo acompañarán el médico o enfermera si estuviera muy crítico, cuidando de que coloca la botella de oxígeno en el cabecero, así como la bolsa de la orina y otros elementos que porte.

6/ Avisará a los familiares, autorizados por el médico, para que puedan visitar a los pacientes con las debidas precauciones. Las visitas se realizarán en el horario establecido para ello, pasando uno a uno para intentar que no haya ruidos, teniéndose que poner sobre todo mascarilla y bata, y a veces calzas y gorros

7/ En el caso de que un paciente fallezca, colaborará con el personas encargado para amortajarlo y trasladarlo al mortuorio.

8/ Cuando el paciente tenga ventilación artificial, el celador realizará las movilizaciones con la presencia de personal de enfermería, para de este modo vigilar que no se desconecta el respirados, los tubos o las cánulas.

9/ Trasladarán las comunicaciones verbales que le sean encomendadas, así como aparatos, dispositivos y otros materiales, siempre con diligencia y cuidado para que no se dañen.

10/ Colaborar en todas las labores propias del celador que le sean ordenadas por el jefe de personal subalterno o los encargados de turno.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores que desarrollan sus funciones en la Unidad de Cuidados Intensivos, por las características de los pacientes que están continuamente encamados, que se encuentran débiles, con dolor e inmunodeprimidos, deberán conocer como se trabaja en esta unidad, la importancia de saber realizar adecuadamente las movilizaciones y los cambios posturales para no hacer daño al paciente y para que no se desconecten los tubos, drenajes o sondas que pueda portar. En los traslados también tendrá especial cuidado, evitando los movimientos bruscos pero siempre actuando con diligencia y rapidez, ya que estos pacientes pueden empeorar de un momento a otro.

Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en UCI y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

6 Bibliografía

1. Estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social de 5 de julio de 1971.
2. Búsqueda en Google con palabras clave: celador, área UCI, unidad cuidados intensivos, pacientes encamados en uci.
3. Temario y test parte específica Celador -MAD.
4. <https://fisiostar.com/celador/funciones-celador-area-uci>

Capítulo 523

EL CELADOR Y EL PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALARIA DE UN PACIENTE

LUCÍA GÓMEZ MOLINA

IVAN CARRION PEREZ

MARIA DE LOS LLANOS MARTINEZ MARTINEZ

MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN HENARES

RAÚL GÓMEZ MOLINA

1 Introducción

El ingreso de un paciente en planta de un hospital puede ser debido a varias causas:

1/ Que haya acudido a los servicios de urgencia por una complicación en su estado de salud y que el equipo médico que lo ha atendido ha valorado su ingreso para una evaluación y seguimiento.

2/ Porque tiene programada una operación quirúrgica o para ponerle un tratamiento.

3/ Que venga derivado de otro centro médico u hospital porque en el lugar de origen carecían de los medios técnicos o profesionales adecuados a su patología.

El equipo facultativo decidirá que se le da el alta hospitalaria al paciente, para que

siga su evolución y recuperación en casa, o en otro centro especializado, siempre bajo una serie de consideraciones:

- 1/ Se observa que no necesita una atención continua por parte de los sanitarios.
- 2/ El paciente presenta independencia a la hora de controlar y tomar la medicación o tiene personas a su alrededor que pueden ayudarlo.
- 3/ Los medicamentos puede conseguirlo en la farmacia y le han sido dadas las citas necesarias para su control.
- 4/ El dolor se ha reducido considerablemente y puede aguantar con medicación.

2 Objetivos

Profundizar en la tarea del celador una vez que el equipo facultativo ha dado el visto bueno al alta 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 existente sobre las funciones del celador en el protocolo del alta hospitalaria. 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

Cuando el equipo médico valora dar de alta a un paciente, tanto si se va al domicilio o a otro centro, ya sea una residencia de ancianos u otro centro médico especializado o de rehabilitación, se le deberá entregar la siguiente documentación:

- 1/ El motivo de salud por el cual fue hospitalizado y el cuadro clínico observado.
- 2/ Los tratamientos y pruebas que se le han realizado con una breve descripción de la conclusión.
- 3/ El motivo por el cual se valora darle el alta.
- 4/ Las modificaciones en la alimentación o limitaciones.
- 5/ Las restricciones en cualquier actividad de la vida diaria si las hubiera.
- 6/ Las pautas para tomar en casa el azúcar en sangre, el peso, la temperatura, la tensión, etc, y los síntomas que de aparecer deben de poner en alerta para ir al medico o a urgencias.

- 7/ Si es necesario la utilización de sillas de ruedas, oxígeno, andador, etc.
- 8/ Las citas de seguimiento de la enfermedad con los distintos especialistas.
- 9/ Los medicamentos pautados, con la frecuencia y las dosis adecuadas.

Cuando se le da el alta al paciente, el médico debe de comprobar que el paciente o los familiares entienden las instrucciones que se les ha dado, cerciorándose que se les da toda la documentación, pudiéndose en contacto si hiciera falta con su médico de cabecera para un seguimiento más controlado.

Si el paciente se enviara a todo centro, debe de enviarse un informe más exhaustivo de todo lo acontecido durante su ingreso hospitalario y el tratamiento necesario posterior, así como el motivo de su derivación. Para comprobar que le ha llegado puede enviar un correo electrónico a la gerencia del centro.

En los casos en los que el paciente haya fallecido, el médico responsable deberá proceder realizar el informe de defunción y a la eliminación de la Historia Clínica. El celador que atiende a la persona que es dada de alta seguirá las siguientes premisas en su actuación:

- 1/ Identificar al paciente observando la autonomía que presenta, por si necesitara de una camilla, silla de ruedas o caminaría solo hasta la puerta del hospital.
- 2/ Si necesitara ayuda para vestirse, colaborará con el TCAE siempre comprobando que la cama está frenada para evitar caídas.
- 3/ Debe supervisar que lleva toda la documentación que le ha dado el médico y las siguientes citas.
- 4/ El celador le acompañará a la salida a un ritmo adecuado sin prisas, observando que si lleva algún elemento como oxígeno, bolsa de orina, etc, no se desconecta.

5 Discusión-Conclusión

El alta de un paciente lleva consigo un protocolo de actuación por parte del equipo médico, ya que debe facilitarle toda la documentación necesaria en cuanto a la medicación que debe tomar, con su frecuencia y su dosis, las siguientes citas concertadas para evaluar la recuperación del paciente, instrucciones a la hora de realizar su vida diaria así como las restricciones que tuviera que tener en cuenta, etc.

El paciente siempre se encontrará con la figura del celador cuando reciba el alta, el cual debe de preguntarle por su nombre para identificar que es el paciente indicado, coger la silla de ruedas o camilla si lo necesitara, cerciorarse de que lleva toda la medicación o si necesita de su ayuda en cualquier otro aspecto.

El hecho de dar el alta a un paciente tiene incidencia en el celador, que será la

persona de contacto que le acompañará hasta la puerta del hospital en camilla o silla de ruedas o permaneciendo a su lado si pudiera andar por su propio pie pero con alguna dificultad, para después ayudarlo si hiciera falta a subir el coche o ambulancia que lo llevará al hogar, u otro centro.

6 Bibliografía

1. El celador. Editorial Mad.
2. Búsqueda en Google con palabras clave: alta hospitalaria, celador.
3. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.
4. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/temas-especiales/atenci%C3%B3n-hospitalaria/alta-hospitalaria#>:

Capítulo 524

EL CELADOR DEL ÁMBITO HOSPITALARIO Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO A TURNOS

LUCÍA GÓMEZ MOLINA

IVAN CARRION PEREZ

MARIA DE LOS LLANOS MARTINEZ MARTINEZ

MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN HENARES

RAÚL GÓMEZ MOLINA

1 Introducción

El trabajo por sistemas de turnos es una práctica muy habitual y obligatoria en los hospitales, para así ofrecer una atención ininterrumpidamente las 24 horas y los 7 días de la semana manteniendo así una atención sanitaria de calidad. Pero esta turnicidad en la programación laboral, implica una serie de riesgos para la salud de los trabajadores.

Aunque hoy en día los turnos se han equilibrado y ajustado para respetar los biorritmos circadianos y la conciliación familiar, ya que antiguamente se hacía muchas noches seguidas o con poco descanso entre los turnos nocturnos, aun así hay muchos trabajadores que no les gusta este tipo de organización laboral porque les influye en su vida diaria y en su salud las consecuencias.

Los turnos rotatorios, y sobre todo el horario nocturno, provocarán ciertos síntomas como son: un mayor riesgo de padecer estados de sobrepeso, perturbaciones en los hábitos alimentarios, reducción de las oscilaciones circadianas y ultradianas en las concentraciones de insulina, interrupción del reloj biológico, alteraciones en el sueño, etc.

A veces el celador puede encontrarse al alternar por días o semanas en distintas unidades o servicios, que unos tienen una excesiva carga de trabajo, los cuales no son apoyados por parte de los superiores jerárquicos por personal de apoyo que alivie dicha carga. Esto afectará a su estado de salud, provocando situaciones de estrés, ansiedad, baja productividad, lesiones musculares y articulares, etc. En el caso del celador, contará con un horario de trabajo de 7 horas, con una pausa para alimentarse, siendo el turno de noche de 10 horas. Si embargo, otro tipo de personal, como médicos o cirujanos, pueden hacer guardias con tandas de 36 a 48 horas, con los efectos sobre la productividad que puede acarrear al no descansar lo suficiente.

2 Objetivos

Explicar los efectos que tiene para la salud del celador, tanto mental como física, cuando se encuentra ante un trabajo a turnos o nocturno.

Indicar una serie de recomendaciones para evitar en la medida de lo posible estos efectos negativos.

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

4 Resultados

Independientemente de la duración de los turnos, como comentábamos anteriormente, el hecho es que se modifica el ritmo natural de vigilia-sueño, debido a las interrupciones crónicas del ritmo circadiano, esto puede repercutir en el

descanso y regeneración celular, problemas gastrointestinales y cardiovasculares, etc.

El celador puede presentar una serie de alteraciones a distintos niveles

1/ Del sueño: por el día el cuerpo se mantiene activo dada su disposición natural y genética, y por la noche descansa y se regenera, pero al trabajar por la noche, se invierte el ciclo natural y normal, por lo que ahora deben de reajustarse las funciones corporales y dormir por el día cuando todo el mundo está desarrollando su vida normal, y a estar activo por la noche cuando todos duermen.

2/ Alimenticias: la persona modifica su apetito, los alimentos que le pueden apetecer suelen ser menos saludables, le modifica el reparto durante el día de los alimentos, habiendo un mayor consumo de café, tabaco, excitantes, dulces, más hidratos de carbono, para aguantar toda la noche activo. Esto a largo plazo repercute a nivel gastrointestinal, neuro-psíquico y cardiovascular.

3/ Sociales: La vida se entiende de forma diurna, y para el ocio de forma nocturna. Las tardes, las noches o los fines de semana se emplean para disfrutar y estar con los amigos y familia, lo cual implica que una persona que trabaja a turnos le sea más difícil acoplarse a los distintos planes, haciendo malabares para poder acudir a la mayoría de ellos, o dejando de hacer otros. Al final se limita la vida de pareja, la maternidad o paternidad se vuelve más complicado a la hora de organizarse con las distintas actividades o quehaceres.

4/ Profesionales: al final el sueño, el cansancio repercute en la calidad de la asistencia al paciente, ya que suele presentarse bajo rendimiento o productividad, confusiones o errores, bajo ánimo, etc.

El celador para paliar las consecuencias del trabajo a turno podría tomar una serie de recomendaciones:

1/ No excederse en el consumo de cafeína, teína o excitantes en el turno de noche, para cuando llegue a casa pueda conciliar mejor el sueño.

2/ Hacer ejercicio según sus necesidades para poder dormir mejor llegada la hora.

3/ No excederse en comer antes de un turno de noche, ya que le costará dormir por la digestión pesada.

4/ Utilizar antifaz para que no le moleste el exceso de luz, tapones para los posibles ruidos diurnos de la vida cotidiana, ponerse a dormir en la habitación más tranquila del hogar. Bajar las persianas y cerrar ventanas y puertas.

5/ Establecer una rutina antes de dormir, como leer, tomar vaso de leche caliente, que le induzca al sueño.

6/ Deberá intentar dormir por lo menos 6 horas, con un pequeño descanso después de comer para relajar el cuerpo y recuperar el descanso que necesita.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, los cambios de turnos en el ámbito sanitario ofrecen la ventaja de que nunca el sistema asistencial quedará abandonado, ya que se da un servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana y durante los 365 días del año. Esto repercute en que se tengan que establecer turnos de noche, o rotatorios, que inciden directamente sobre la salud fisiológica de los profesionales, repercutiendo en los ritmos y ciclos fisiológicos que gestionan los ciclos circadianos.

Desde dirección deben organizarse los turnos de trabajo de manera óptima, con buenos criterios que permitan conseguir unas condiciones más favorables, respetando al máximo los ritmos biológicos de la alimentación, de vigilia-sueño, y permitiendo al celador poder conciliar su vida social y familiar. Ya que como hemos visto hay alteraciones a nivel alimentación, del descanso, de la productividad profesional como consecuencia de la turnicidad.

6 Bibliografía

1. El Celador, editorial Mad.
2. Se han utilizado distintas palabras clave en los buscadores tales como: celador, turnicidad, turno de noche.
3. <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/consejos-para-adaptarse-a-losturnos-rotativos-DDIMPORT-047543/>.
4. <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com/2012/07/manualdeactuac3b3ndel-celador-en-los-distintos-c3a1mbitos-sanitarios.pdf>

Capítulo 525

LA FIGURA DEL CELADOR EN EL SERVICIO DEL MORTUORIO

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

JUAN JOSE ARENAS BUSTOS

JAIME CASTELLANOS CRIADO

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA

1 Introducción

En el desarrollo continuado y diario del trabajo del personal sanitario y de los celadores en el centro hospitalario, se cuenta a menudo con la inevitable y triste noticia de la llamada de éxitus o pacientes fallecidos en alguna de las áreas o servicios del mismo centro.

En este sentido, cuando se produce un exitus, este ha de ser trasladado al servicio del mortuorio, ubicado dentro de las instalaciones del centro hospitalario. Para ello, se precisa de la atención de la figura de todo el personal sanitario y, sobre todo, del papel de los celadores, pues van a ser los encargados de realizar dicho traslado, además de llevar a cabo un protocolo de actuación, permitiendo salvaguardar la intimidad del mismo y logrando una correcta coordinación entre el personal de la planta y el propio celador.

Por tanto, en el presente trabajo se van a conocer las tareas, funciones, objetivos y el protocolo de actuación que llevan a cabo los celadores en el servicio de amor-

tajamiento, así como el protocolo de actuación que desempeñan desde la llegada de información que se ha producido el éxitus hasta el traslado del mismo hasta el mortuario, donde finalmente, el celador y el equipo personal sanitario van a realizar el amortajamiento sobre el cadáver.

2 Objetivos

- Desarrollar las funciones de los celadores en el servicio del mortuario.
- Conocer las actuaciones por parte del celador ante la llamada del éxitus en el centro hospitalario.

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

Dentro del trabajo diario e interno del personal sanitario y no sanitario del centro hospitalario se cuenta con las llamadas de éxitus a los celadores, es decir, el paciente fallecido que se encuentra en su cama de la habitación ha de ser trasladado hasta el servicio del mortuario.

Para ello, cuando se produce dicho acontecimiento, se realiza una llamada al celador a través del teléfono busca, se les da las indicaciones de la planta, número de habitación e identificación del paciente y comienzo un protocolo de actuación que pone en marcha el celador.

El celador, tan pronto como recibe la llamada del fallecido, debe realizar una llamada al personal de seguridad, que le permita abrir la puerta del mortuario y coger la bandeja.

Una vez que el celador coge la bandeja y la bolsa, acude hasta el servicio o área donde se encuentra el fallecido. En este momento, se debe preservar la intimidad del éxitus. Así, dada la demanda de pacientes con la que cuenta el centro hospitalario, es posible que el fallecido comparta habitación con otros enfermos y

familiares de los mismos, por lo que el celador pide, amablemente, que despejen y dejen la habitación libre.

En este momento, comienza el personal sanitario y el celador a realizar el traspaso del fallecido desde la cama donde se encuentra hasta la bandeja. Una vez que está en la bandeja, se mete al fallecido en la bolsa y se tapa con unas mantas y sabanas. Todo lo que se ponga sobre el fallecido debe ir acompañado de las etiquetas identificativas del paciente, permitiendo así ser identificado.

En el traslado del fallecido desde el servicio hasta el mortuorio, el celador debe ir acompañado por el personal sanitario superior. Una vez allí, el celador deja al fallecido y la carpeta con el informe de los datos identificativos de defunción del paciente en el cajetín. Posteriormente, debe rellenar un libro de registro de entrada de movimientos del mortuorio, donde el celador indica nombre del paciente y nombre del celador que realiza el traslado y el amortajamiento

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se afirma que gracias al papel que desarrollan los celadores en el centro hospitalario, y en concreto en el servicio del mortuorio, se ofrece a todo paciente una sanidad de calidad y eficaz.

En este sentido, gracias a la participación y sigilo en el cumplimiento de las funciones de los celadores en el traslado y amortajamiento de los pacientes, permite a los familiares velar y proteger al paciente fallecido.

Por tanto, la figura de los celadores en el mortuorio es de vital relevancia para lograr una correcta coordinación entre personal sanitario, familiares y organización de la planta de hospitalización donde se encuentre el fallecido.

6 Bibliografía

1. Actuación del celador en relación con los pacientes fallecidos. Disponible en: <https://formacurae.es>
2. Las funciones del celador desde que fallece el paciente hasta su entrada en el mortuorio. Disponible en: <https://congresosicepa.com>

Capítulo 526

LA MOVILIZACIÓN Y COLOCACIÓN DEL PACIENTE POR PARTE DE LA FIGURA DEL CELADOR

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

JUAN JOSE ARENAS BUSTOS

JAIME CASTELLANOS CRIADO

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA

1 Introducción

En el trabajo diario de los celadores del centro hospitalario se cuenta a menudo con la gran variedad de pacientes que se pueden encontrar en cada una de las plantas y servicios del hospital.

En este sentido, cada paciente presenta unas dolencias y dificultades diferentes, adaptadas a las individualidades y enfermedades propias de cada uno de ellos. Estos pacientes, generalmente, se someten a diferentes pruebas dentro del centro hospitalario, que necesitan de la movilización y traslado hasta las dependencias de las mismas. Por ello, se destaca la figura del celador, quien es el encargado de realizar dichas tareas con los pacientes.

Por ello, durante este trabajo, se van a exponer los tipos de colocación y movilizaciones que emplea el celador con los pacientes que se encuentran encamados y que no permiten la colaboración para realizar dichas funciones.

Por tanto, se destaca la necesidad presente que adquieren los celadores, donde se precisa de una formación constante en la multitud de posibilidades de colocación de enfermos, atendiendo a las patologías y características individuales de cada uno, permitiendo así, conocer y tomar las medidas correctas y eficaces para una correcta colocación en cama del enfermo, adaptando unas medidas u otras en función de las características específicas de cada enfermo.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que cumplen los celadores en la movilización de pacientes.
- Desarrollar los tipos de movilización ante los pacientes encamados por parte de la figura del celador.

3 Metodología

El desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo a través de una intensiva búsqueda de información por medio de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros; y además, teniendo en cuenta numerosas revistas y libros científico-sanitario, con el objetivo de dotar de mayor fiabilidad y veracidad a los resultados mostrados en este trabajo.

4 Resultados

A continuación, se exponen las colocaciones y movilizaciones llevadas a cabo por parte de los celadores con los pacientes encamados en el centro hospitalario.

Los pacientes encamados pueden presentar dificultad parcial o total en su movilidad, por lo que es necesario la presencia del papel de los celadores para la realización de colocaciones de los mismos.

En primer lugar, conviene destacar que se debe realizar unas normas de movilización y colocación previas con el paciente, puesto que en la mayoría de ocasiones dichos enfermos comparten habitaciones con otros enfermos. Así, se debe preservar la intimidad de los pacientes

Cuando los pacientes de las plantas de hospitalización, urgencias o cualquier servicio en el que se encuentren se hallen encamados y precisen de la realización de traslado para determinadas pruebas, como puede ser el caso de radiografías, el celador toma gran protagonismo, siendo este el encargado de llevar y recoger al paciente hasta su destino.

En cuanto a las colocaciones de los pacientes encamados, el celador debe ser un gran conocedor de las dolencias de cada uno de ellos, para poder así actuar y elegir cuál es la posición y colocación que más se adecua a cada paciente.

De este modo, algunas de las colocaciones que lleva a cabo los celadores se destaca:

Movimientos de colocación hacia la cabecera del paciente, destinados cuando el enfermo se encuentra en una posición anómala y la cabeza no está alineada con la almohada. Para ello, dos celadores se colocan cada uno al lado de la cama y sujetan fuerte de la entremetida del enfermo y, de manera simultánea, realizan un tirón hacia arriba, logrando así la correcta colocación del paciente.

Movimientos de colocación y aseo de los pacientes: este tipo de movimientos se realiza sobre todo entre el celador y la auxiliar, que realizan movimientos para el aseo y colocación del paciente. En este caso, el celador ejerce funciones de sujeción al paciente, es decir, coloca sus manos en la parte superior por los hombros y en la parte inferior de la cadera y se lo lleva a su lado, permitiendo así que la auxiliar ejerza funciones de limpieza.

5 Discusión-Conclusión

Atendiendo a los resultados expuestos anteriormente, se ensalza la figura de los celadores para el ámbito sanitario dentro del centro hospitalario, ya que a diario se realizan numerosas movilizaciones y colocaciones con todo tipo de pacientes, hecho que pasa por manos de los celadores.

En este sentido, sin los celadores, sería imposible realizar dichas acciones, dificultando así el ritmo de trabajo diario en todas las áreas y servicios del centro hospitalario.

Además, gracias al papel de los celadores y al extenso conocimiento sobre los tipos de movilización y colocación de pacientes enfermos, se permite ofrecer una sanidad de calidad para cada uno de ellos, evitando así cualquier dolencia extra para ellos.

6 Bibliografía

1. El celador y la colocación de pacientes. Disponible en: <https://essaeformacion.com>
2. El celador y la movilización de pacientes y las diferentes posiciones anatómicas. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 527

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CELADOR EN EL TRASLADO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

JUAN JOSE ARENAS BUSTOS

JAIME CASTELLANOS CRIADO

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA

1 Introducción

En el trabajo diario del personal sanitario, cualquiera que sea el área o servicio en el que se encuentre, se realizan determinadas pruebas y actuaciones sobre los pacientes, fundamentales y determinantes para el desarrollo óptimo tanto del servicio como de las soluciones a las enfermedades y problemáticas que presentan. En este sentido, a los pacientes se les realiza con regularidad determinados análisis y muestras de todo tipo: sangre, orina, heces, entre otras, realizadas por el personal sanitario. Dichas pruebas necesitan ser comprobadas y analizadas en el laboratorio, que se encuentra normalmente dentro del centro hospitalario, lejos de las ubicaciones de plantas y servicios.

Para ello, se necesita la figura del personal subalterno, es decir, del papel de los celadores, que van a ser los encargados de realizar dicha tarea, es decir, llevar a cabo el traslado de las muestras y análisis biológicos que han sido realizados sobre los pacientes.

De este modo, durante el desarrollo de este trabajo se va a conocer el protocolo de actuación que llevan a cabo los celadores en el traslado de muestras biológicas al laboratorio, o en su defecto a hematología, siendo esto una de las principales tareas que desempeña el trabajo de celador a diario en el centro hospitalario.

2 Objetivos

- Desarrollar las actuaciones que llevan a cabo los celadores en el traslado de muestras biológicas.
- Conocer las tareas que cumplen los celadores en el seguimiento del traslado de muestras.

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

Durante el desarrollo de este apartado, se van a conocer y desarrollar todas las tareas y actuaciones, así como el protocolo que sigue el celador en el traslado de muestras biológicas que se realizan en los servicios y áreas del centro hospitalario.

En el trabajo diario del personal sanitario se encuentra la realización de toma de muestras, como puede ser el caso de análisis de sangre. Esto es realizado por el personal sanitario o el equipo de enfermería.

Dichas muestras necesitan de su revisión y contraste para ser analizadas, por lo que han de ser llevadas al laboratorio para dicho fin. Para ello, el celador de la planta o el servicio donde se encuentren los enfermos toma gran protagonismo, puesto que ellos son quienes se encargan de llevar dichas muestras al laboratorio.

El celador, cualquiera que sea el servicio o área en el que se encuentre, se encuentra localizable en todo momento a través de un teléfono busca. De este modo, cuando se precisan de sus funciones para llevar a analizar al laboratorio alguna muestra de paciente, las enfermeras o auxiliares realizan una llamada al celador. El celador, ante el traslado de las muestras biológicas, debe:

- El celador debe ir provisto de unos guantes, que evite cualquier contacto con la muestra que se va a llevar.
- La muestra debe ir en una caja o batea.
- La muestra siempre va acompañada de una hoja con los datos identificativos del paciente. Por tanto, el celador debe asegurarse que tanto la hoja identificativa como la etiqueta que va acompañada a la muestra coincide con los datos del paciente que se trata.
- Cuando el celador llega al laboratorio, debe dejar la caja con las muestras y entregar el volante con los datos al personal sanitario que se encuentra en él.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, se afirma la importancia de los celadores en el centro hospitalario, puesto que con el desarrollo de sus funciones se garantiza el correcto funcionamiento interno de los servicios, ya que son los encargados de llevar a cabo las tareas de traslado de muestras biológicas, tarea efectuada con regularidad en el trabajo diario.

Por tanto, gracias a la participación y desarrollo de las tareas de los celadores, en cualquiera de las plantas o servicios que se encuentra, se logra ofrecer una sanidad adaptada a cada paciente, además de ser un pilar fundamental para la organización y colaboración con el personal sanitario superior.

6 Bibliografía

1. El celador y su colaboración en los laboratorios: traslado de muestras. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Procedimiento de Transporte Interno de Muestras. Disponible en: <https://www.hospitalregionaldemalaga.es>

Capítulo 528

EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL MOSTRADOR DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

ESTHER CALVO HERNÁNDEZ

JESSICA RUIZ GOMEZ

TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE

YOLANDA CANTON SALAZAR

ABEL SALAZAR CANTON

1 Introducción

La CMA, cirugía mayor ambulatoria, es una forma que tiene el centro sanitario para abordar las intervenciones quirúrgicas de los pacientes. Dentro de las intervenciones que pueden realizarse en el medio hospitalario, se encuentra, la cirugía menor ambulatoria, la cirugía con ingreso hospitalario y la CMA.

De este modo, la CMA y la cirugía menor ambulatoria no necesita del ingreso del paciente, la primera, a lo sumo, una observación de doce horas o un día, que no se considera ingreso, la segunda el alta es inmediata. En la cirugía menor ambulatoria, a lo sumo, se necesita anestesia local, extirpación de una verruga, de un pólipo superficial, etc.

En la CMA, el paciente puede ser susceptible de una anestesia local para la intervención o para la realización de alguna prueba diagnóstica y no necesita ingreso hospitalario.

Estas intervenciones o pruebas pueden ser del tipo, extirpación de pólipo en rostro, colonoscopias con sedación, cataratas, etc.

Los pacientes en CMA, cuando son tratados pasan a una sala, parecido a una observación, donde en el término de horas, se le da el alta hospitalaria, si no se ha producido ninguna alteración en su estado físico, que no suele darse.

La entrada a la CMA está abordada por un mostrador donde los auxiliares administrativos se encargan de la gestión de las agendas quirúrgicas, entre otras de sus funciones.

2 Objetivos

-Dar a conocer las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el mostrador de la unidad de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

3 Metodología

Para el desarrollo del presente capítulo, se ha hecho un estudio que consta en una revisión de revistas científicas debidamente revisadas. Se ha efectuado una búsqueda en libros y en artículos de las bases de datos como Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando diferentes artículos, con una selección de varios artículos científicos que proceden de publicaciones académicas debidamente revisadas.

4 Resultados

Las listas de espera para ser intervenido de alguna operación o prueba diagnóstica son largas y a largo plazo. Existe una gran cantidad de demanda de pacientes que esperan ansiosamente su cita programada. El auxiliar administrativo dentro de las funciones que tiene en la CMA, es la de gestionar las agendas de las intervenciones o pruebas, llamando telefónicamente a los pacientes para informarles de su cita programada, pidiéndole al paciente que la afirmación de su cita, es decir, si viene o no viene. El auxiliar va rellenando estas agendas programadas conforme va llamando por teléfono a los pacientes, hasta completar el cupo del día, dependiendo del tipo de operación o prueba, puede llegar desde veinte a treinta pacientes.

Estas agendas quirúrgicas son de multitud de especialidades, y el auxiliar administrativo debe clasificar el número de pacientes en cada una de ellas, documentando los informes o volantes de los mismos en las agendas próximas para la intervención o prueba.

Al estar al frente de un mostrador, abierto, de cara al público, el auxiliar administrativo atiende presencialmente al paciente y familiares que esperan turno de entrada, siendo el auxiliar administrativo quien nombra y le hace pasar por una puerta, donde el personal sanitario de CMA, ya lo está esperando.

También en el mostrador atiende todas las consultas y demandas que se le hacen presencialmente, sobre cualquier cuestión relacionada con la intervención del paciente. Del mismo modo, recibe a los pacientes derivados de las consultas o de otras especialidades médicas con el volante o informe donde se le pide la citada operación o prueba. El auxiliar administrativo le da cita programada, informando que seguramente le llamará por teléfono para adelantar dicha cita.

La atención telefónica es otra de las funciones del auxiliar administrativo en el mostrador de la CMA, siempre que sean en relación con la unidad o con la cita de alguna operación pendiente.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo e CMA además de las funciones documentales y de archivo de documentación clínica, tiene la responsabilidad de la atención al público en el mostrador de la citada unidad. Esta atención no solo está referida a las cuestiones o dudas que tengan pacientes o familiares presencialmente antes de la prueba, sino que además, se ciñen a las llamadas que los usuarios realizan desde el exterior a la unidad, solicitando información sobre cuestiones relacionadas con las pruebas o intervenciones que tienen programadas.

El auxiliar administrativo es el responsable de que las listas de las agendas quirúrgicas quedan repletas para el día solicitado, procurando la afirmación o negación que los pacientes vengan a la CMA, el día indicado, para que los huecos vacíos no sean desaprovechados y puedan tener siempre adjudicado un paciente. Resaltamos la figura del auxiliar administrativo para el correcto funcionamiento de este servicio.

6 Bibliografía

1. Guía de cuidados en Cirugía Mayor Ambulatoria. Disponible en: <https://www.asecma.org>

2. El auxiliar administrativo de salud. Funciones. Disponible en: <https://revistamedica.com>
3. Guía CMA. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es>

Capítulo 529

EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

ESTHER CALVO HERNÁNDEZ

TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE

JESSICA RUIZ GOMEZ

YOLANDA CANTON SALAZAR

ABEL SALAZAR CANTON

1 Introducción

El servicio de anatomía patológica es el encargado de realizar los estudios y análisis de todas las muestras de tejidos y órganos que llegan hasta el mismo, en diversos tipos de envases, para el diagnóstico y descubrimiento de enfermedades, así como de infecciones que puedan alterar la salud de los pacientes.

De este modo, en el servicio se realizan diversos estudios, como las biopsias, que son muestras de órganos o tejidos del paciente para diagnóstico de ciertas enfermedades. Estas biopsias se realizan con el método endoscópico o con el método quirúrgico. Otras pruebas realizadas en el servicio, son, las pruebas de histoquímica, que se realizan los estudios de las muestras entregadas con tinción de hetoxilina eosina, para el estudio de agentes infecciosos. Otras pruebas realizadas

en el servicio son las cito patologías, las biopsias intraoperatorias y las autopsias clínicas, que pueden ser totales o parciales sobre el cadáver.

El servicio de anatomía patológica estudia las muestras recibidas del propio centro hospitalario, de otros centros sanitarios exteriores, de los centros dependientes del centro hospitalario de referencia y de clínicas privadas.

En el servicio de anatomía patológica trabajan un conjunto de profesionales, entre los que destacan los patólogos, los técnicos superiores en anatomía patológica, los celadores y el auxiliar administrativo.

2 Objetivos

- Dar a conocer el funcionamiento del servicio de anatomía patológica.
- Describir las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de anatomía patológica.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo de revisión bibliográfica se ha tenido en cuenta numerosas búsquedas de información en diversas fuentes científico-técnicas, así como la lectura de diversos epígrafes y capítulos de libros científicos. Además, se ha consultado diversas fuentes bibliográficas y webgráficas en buscadores como: Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

El funcionamiento del servicio de anatomía patológica es de la siguiente manera: desde las diferentes unidades hospitalarias, los celadores, son los encargados de llevar las diferentes pruebas y muestras, entre ellas, las que van dirigidas al servicio. Las muestras se entregan en la ventanilla habilitada para tal fin en el servicio, donde un técnico superior en anatomía, se conocen así, recoge dicha muestra y la pasa para adentro para su posterior estudio al microscopio, previamente, se tintará con algún compuesto químico o no, dependiendo del tipo de muestra.

El auxiliar administrativo en estos tipos de muestras, con el informe del patólogo, envía los dichos informes en sobre cerrado y dirigido al especialista que solicitó dicho estudio, para descartar, cualquier enfermedad, a la unidad hospitalaria correspondiente.

Estos informes, además del soporte físicos, en papel, el auxiliar administrativo los graba en el ordenador, en la ficha del paciente y de la unidad hospitalaria correspondiente.

Cuando las muestras son enviadas desde el exterior, como por ejemplo, de otros centros hospitalarios o de clínicas de carácter privado, el auxiliar de enfermería, por medio de la mensajería interna del centro hospitalario, envía dichos documentos o informes a la persona o centro peticionario de dicho estudio. En estos documentos, el auxiliar administrativo, le da carácter de privado, para luego pasarlos, del mismo, al servicio de facturación del propio centro para su posterior cargo.

Cuando se tratan de estudios de carácter anatómico forense, es decir, autopsias, el auxiliar administrativo es el encargado de tramitar toda la documentación necesaria al efecto, petición de forense, autorización del juez de guardia e información al instituto anatómico forense. Cuando se realiza la autopsia el auxiliar administrativo remite una copia de las conclusiones al juzgado de guardia.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de anatomía patológica son meramente documentales, es decir, no atiende al público, no emite citas, no recoge ningún volante, se ciñen solamente a la documentación generada en el servicio. La documentación de las instituciones externas, junto con los estudios realizados, debe enviarlos lo más rápidamente posible a facturación para su pronto cobro.

En las resoluciones de las autopsias, el auxiliar administrativo tiene que ser un profesional correcto, y guardar sigilo con los resultados obtenidos, en pos del secreto profesional y confidencialidad que debe a los familiares y amigos del cadáver, pudiendo caer en delito en el caso de hacer público los datos obtenidos.

6 Bibliografía

1. El auxiliar administrativo y la documentación clínica. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Anatomía patológica. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es>
3. Funciones del auxiliar administrativo en sanidad. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 530

EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

ESTHER CALVO HERNÁNDEZ

ABEL SALAZAR CANTON

TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE

JESSICA RUIZ GOMEZ

YOLANDA CANTON SALAZAR

1 Introducción

La farmacia hospitalaria es la encargada de la recepción, guarda y distribución de todos los materiales y medicamentos necesarios para el buen funcionamiento del centro hospitalario. Cuando se habla de materiales y no de medicamentos, se hace referencia a todo lo concerniente a sueros, leches prenatales, material fungible como gasas, algodón, apósitos, pañales, etc.

Por estos motivos expuestos anteriormente la farmacia hospitalaria deriva en dos servicios, uno, el almacén de farmacia hospitalaria, para los materiales y productos pesados, como se ha indicado en el párrafo anterior, y la propia farmacia, donde se custodian, guardan y gestionan los medicamentos.

En la recepción de todo el material necesario juegan un papel muy importante los celadores y los TCAEs, del servicio, que, unos transportan el material y el

personal sanitario se encarga de la recepción y colocación dentro de la farmacia, lo relativo a medicamentos y su entrega a las respectivas unidades hospitalarias, según las necesidades de cada una de ellas.

Cuando se menciona medicamentos se indica también dentro de los mismos, pomadas, cremas, aerosoles, jarabes, ampollas inyectables, etc...

En el servicio además trabajan enfermeras y las farmacéuticas. Todo este aglomerado de mercancías y medicamentos, en la parte administrativa, lo gestiona y documenta el auxiliar administrativo.

2 Objetivos

-Describir las funciones que el auxiliar administrativo realiza en el servicio de farmacia 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

Toda la mercancía que entra por el muelle de descarga del centro hospitalario dirigida al servicio de farmacia hospitalaria es controlada y revisada por el auxiliar administrativo. Éste comprueba que los albaranes y su referencia, coincidan con la mercancía entregada, en tipología y cantidad numérica. Con los albaranes de entrega, el auxiliar administrativo les da entrada en el programa de entradas, unos albaranes irán reflejados en el almacén de farmacia, para la mercancía pesada, y otros, los de las casas farmacéuticas concesionarias del servicio, al programa adecuado. Todos estos apuntes irán conjuntos en un programa general de mercancía de entrada.

Los albaranes no solo serán comprobados por el auxiliar administrativo en la tipología y en la cantidad, sino también, comprueba el precio exacto convenido en el pliego de cláusulas de la contratación.

En los casos de la observación de alguna mercancía deteriorada o menoscaba en cantidad de entrega, el auxiliar administrativo, realiza el albarán de descuento en dicha entrega, dando cuenta, vía telefónica, a las empresas distribuidoras, ya sea, farmacéutica o de cualquier tipo.

En el programa de la relación de salidas de mercancía o medicamentos del servicio de farmacia hospitalaria, el auxiliar administrativo, hará todos los asientos que les son entregados por los TCAE, con los datos de la unidad o servicio peticionario, así, como de las cantidades que deben constar en el programa de salidas. Semanalmente, el auxiliar administrativo, con la supervisora del servicio de farmacia hospitalaria, realizan, el recuento en el stock de medicamentos, anotando en los petitorios la clase y cantidad necesaria para realizar en los siguientes pedidos. El auxiliar administrativo es el encargado de la realización de dichos pedidos, vía fax o con los programas informáticos de pedidos.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo con destino en el servicio de farmacia hospitalaria tiene unas funciones que exigen una gran responsabilidad. En las entradas de cualquier material tiene que tener especial cuidado en la referencia del producto, pues existen muchas que casi son idénticas. En la petición de los medicamentos el auxiliara administrativo debe prestar, del mismo modo, una atención desmesurada, puesto que los nombres de los medicamentos y fármacos son muchos y variados, y gran cantidad de ellos muy parecidos en su nomenclatura, por lo que un error en los pedidos puede demorar el uso en los pacientes que lo necesitan.

6 Bibliografía

1. La labor del auxiliar administrativo respecto a la unidad de farmacia. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Funciones del auxiliar administrativo en sanidad. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 531

EL FONTANERO Y LA REPARACIÓN DE LAS TUBERÍAS DE LOS HOSPITALES

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

JUAN CANO PATERNA

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

1 Introducción

Entre las diferentes averías y roturas de las tuberías, pueden estar ocasionadas por diferentes tipos, entre los que nos encontramos:

- Picaduras: En ocasiones, el uso de equipos de construcción en el exterior o la propia corrosión da como resultado pequeños agujeros. Otros tienen fugas causadas por el orificio de la tubería expuesto cuando se quitan las abrazaderas de entrada de la rama vieja.
- Fisura o Grieta: Cuando una tubería se agrieta, aparece una pequeña abertura longitudinal en la superficie. Esto puede ocurrir como consecuencia de una acción externa de la maquinaria o de una sobrepresión.
- Estallido: La tubería puede romperse debido a una cantidad excesiva de presión o la acción externa de la maquinaria.

-Ruptura neta: también conocida como ruptura "redonda" o "picada". Es la división de la tubería por el plano que es más o menos perpendicular a ella.

Para lograr un mayor nivel de confiabilidad en maquinaria, equipos, estructuras civiles e instalaciones, el mantenimiento se define como un servicio que agrupa una serie de actividades. Además, permite erradicar situaciones de riesgo que puedan poner en peligro a los visitantes del hospital.

Para mantener los hospitales limpios, seguros y saludables, el personal de plomería debe tener mucho cuidado con sus tuberías. Si se hace correctamente ya tiempo, esta tarea se puede completar de forma rápida, fácil y económica.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es conocer las funciones por parte del personal de mantenimiento ante la reparación y avería de las tuberías de los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para el estudio de este capítulo se realizó una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos, también se consultó los temarios de fontanería, así como en buscadores como Google con palabras clave con el tema de fontanería y las tuberías.

4 Resultados

Dado que el galvanizado no es permanente, podemos encontrar averías como resultado de la oxidación. Esta oxidación ciega los tubos y aumenta la presión, que es la razón más común de las averías. Lo mejor es cambiar todos los componentes. Dado que los tubos galvanizados están roscados y conectados por componentes especiales conocidos como conectores, que son anillos roscados, solo se puede reemplazar la pieza completa entre dos conectores.

Después de cambiar el tubo, la junta se sella con estopa de cáñamo.

Una reparación del punto de soldadura es adecuada cuando la rotura se produjo por un taladro o pinchazo no intencionado.

- Reparaciones de tuberías que involucren cobre.

El óxido no ciega estos tubos; por el contrario, el cobre se oxida rápidamente y la capa de óxido protege el tubo durante mucho tiempo.

Las fugas pueden ser el resultado de perforar, soplar o soldar los poros.

No es necesario reemplazar toda la parte dañada al reparar una de estas tuberías. Se utiliza una pieza nueva que se une mediante soldadura para reemplazar el componente dañado.

Antes de soldar, el componente debe limpiarse a fondo de grasa y óxido. Para lograr esto, se debe aplicar un compuesto químico especial, que detiene la deposición de óxido hasta que se aplica la soldadura.

El alambre de plomo hecho de una aleación de estaño roscada es un material de relleno o electrodo adecuado para soldar.

Antes de aplicar su recubrimiento final, se deben probar las reparaciones de las tuberías.

Primero debemos abordar los fallos que pueden ocurrir antes de discutir las reparaciones, por lo que analizaremos como encontrarlas y la función del fontanero en estas reparaciones:

1° Estudiar los planos de instalación para confirmar la ubicación de las tuberías porque una mancha húmeda en el piso, una pared o un techo suele ser una señal de un problema.

2° Recordar que el agua siempre elige el camino más corto, por lo que en ocasiones puede aparecer humedad lejos de la fuga. Descubre la zona húmeda, mantente atento y sigue el camino de la tubería hasta llegar al punto de falla.

3° El primer paso después de encontrar la falla es cortar el suministro de agua cerrando la llave de paso correspondiente.

4° Es necesario solucionar el problema. De acuerdo con el material de instalación, se realizará la reparación.

5 Discusión-Conclusión

Una herramienta crucial para asegurar las instalaciones hospitalarias es el mantenimiento preventivo de las tuberías. Como resultado, podemos ahorrar dinero sin tener que lidiar con inconvenientes potencialmente fatales como fallas en el sistema de alcantarillado, inundaciones, los malos olores y otras muchas otras cosas que pueden dañar el medio ambiente y la salud de todos los que visitan las instalaciones de los centros para hospitales.

Para evitar interrupciones a los pacientes y otros usuarios del hospital, el personal de fontanería como mantenimiento debe estar capacitado para responder rápidamente en caso de que se produzca este tipo de falla en la tubería.

6 Bibliografía

1. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=911399>.
2. <https://sem-aytodesevilla.es/wp-content/uploads/2021/06/03-AYUDANTE-FONTANERO-TEMARIO.pdf>.

Capítulo 532

EL FONTANERO COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y LA REPARACIÓN DE LOS GRIFOS DE UN HOSPITAL

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

JUAN CANO PATERNA

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

1 Introducción

Los fontaneros son los profesionales ideales para manejar este tipo de problemas (si hay roturas en los desagües o no) y evitar los posibles daños a los usuarios de todos los centros sanitarios.

Aunque esta reparación menor no es particularmente difícil, requiere algo de experiencia en fontanería.

Un grifo tradicional está formado por los siguientes elementos:

- La cabeza móvil.
- La tuerca del retén cubierta por un refuerzo de metal.
- El eje.
- El casquillo.
- El conductor de empalme.

- La zapata.
- El cuerpo del grifo.
- El asiento.

Cuando un grifo gotea, generalmente se debe a que los componentes que lo componen están desgastados y no pueden hacer su trabajo correctamente. Debido a que tendremos el fontanero tiene que desarmar todo el grifo y reemplazar las partes defectuosas, por eso necesario que el personal de fontanería posea conocimientos básicos de fontanería para poder arreglar este tipo de averías.

Es muy normal que exista alguna que otra avería de fontanería en un centro hospitalario es bastante común, ya que se utilizan diferentes aparatos, y que por su uso hace que se desgasten y que se produzcan este tipo de dificultades o averías que pueden desbaratar el día a día de los centros sanitarios.

2 Objetivos

Conocer cómo se cambia un grifo en un hospital y las funciones por el personal de mantenimiento, como es el fontanero.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

Existen numerosas causas y lugares donde puede ocurrir una fuga en el grifo.

1. Si el agua gotea de la tubería, lo más probable es que tenga un zapato roto, o si el grifo es muy viejo, el asiento contra el que descansa su zapato puede estar desgastado.

2. Si el flujo de agua del grifo está por debajo del cabezal, como sucede en los modelos monobloque, se debe reemplazar la junta tórica.

Veamos los procedimientos de reparación de los diferentes tipos de grifos:

- Para reemplazar la zapata en un grifo tradicional, realice las siguientes acciones:
- Abrir el grifo después de drenar la tubería de suministro y luego desmontar el grifo.

- El enchufe se hace visible justo encima del cuerpo del grifo desenroscándolo y levantando la tapa.
- Una vez que se pueda levantar toda la unidad y separarla del mecanismo superior, hay que desenroscar el buje. La parte inferior del mecanismo superior acepta el conducto de empalme, al que se une la zapata. Un conductor con un zapato puede partir con el dispositivo superior en algunas grúas.
- La zapata se reemplaza por una nueva cuando está a la vista.
- Se hace para armar cada componente de la grifería.

3. Grifos mezcladores monobloque: Una arandela o junta tórica sella la base del caño en un grifo mezclador monobloque. Es necesario cerrar el suministro de agua antes de desmontar el tornillo para así liberar el mezclador e identificar el tipo de repuesto que debe sustituirse en caso de que haya una fuga en esta junta. Los siguientes son los pasos para reemplazar la junta tórica:

- Se quita la cabeza recubierta del grifo.
- Se quita la arandela.
- Se extrae del eje del grifo.
- Para instalar la nueva junta tórica, la anterior debe sacarse de su ranura.
- Se monta de nuevo el grifo.

5 Discusión-Conclusión

La fontanería es una profesión muy antigua y consolidada, pero debido a los avances tecnológicos por los que atraviesa en nuestra sociedad, el personal de fontanería comprometido con el campo necesita una capacitación continua y muy renovada para ampliar sus conocimientos y mejorar lo que ya sabe para poder adaptarse a los cambios y así desarrollar su trabajo en los centros de salud con el más alto nivel de calidad y profesionalidad.

El equipo de plomería está a cargo de arreglar desagües y grifos. Si las tuberías son de acero, cobre, pvc o plástico, o si tienen fugas, es irrelevante.

6 Bibliografía

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

Capítulo 533

EL FONTANERO DE UN HOSPITAL Y EL MANEJO DE LOS FLUXORES

JUAN CANO PATERNA

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

1 Introducción

El fluxor, también conocido como fluxómetro, requiere un caudal instantáneo importante (entre 1 y 2 l/s), muy superior a la de otros electrodomésticos, así como un requerimiento de presión de agua residual de al menos 7 m.c. en la entrada del aparato.

Cuando se utilizan fluxores, siempre es necesario realizar un cálculo previo para comparar los caudales probables demandados por los caudales y los correspondientes al resto de servicios utilizando el coeficiente de simultaneidad predecible. No son necesarias precauciones especiales; una instalación estándar cuidadosamente calculada servirá si estos últimos son mayores o iguales que los primeros. Los fluxores, también conocidos como válvulas de descarga, son grifos de cierre automático que pueden entregar un gran flujo de agua en un corto período de tiempo y se pueden ajustar mediante un tornillo regulador. Se utilizan en urinarios, inodoros y vertederos. Sus ventajas incluyen el ahorro de espacio, solo hacer

ruido al descargar y no al llenar, volver a estar listo rápidamente y tener un efecto de limpieza efectivo debido al fuerte chorro de limpieza. Sin embargo, requieren una cantidad considerable de flujo instantáneo, lo que requiere la instalación de una red de suministro de fluxor separada, una buena presión y un tubo de calibre más grande que para una cisterna.

2 Objetivos

Conocer los diferentes tipos fluxores.

Exponer las ventajas y desventajas de su instalación en los centros hospitalarios por parte del personal de fontanería.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

El fluxor generalmente se instala en hogares, hospitales u otras superficies grandes. Dado que su peculiar diseño permite controlar el caudal y la duración de la descarga, son los preferidos en instalaciones donde el consumo de agua es frecuente y abundante.

Nos encontramos diferentes tipos de fluxores:

- Fluxor temporizado: Hecho para áreas públicas con mucho tráfico, los fluxores temporizados funcionan con los mismos principios que los grifos temporizados. El grifo de cierre automático mecánico o electrónico que se instala en una derivación de la red interna de agua se utiliza para activar los sistemas de descarga presurizada. La limpieza se realiza de forma mucho más eficaz porque la presión de descarga proviene directamente de la red. Al no haber depósito de agua adosado al inodoro, se gana espacio y la alta presión de la red evita la obstrucción de conductos.

Hay fluxómetros de doble pulsador para 3 y 6 litros, pero necesitan duplicar la instalación de agua.

- **Fluxor electrónico:** Un sistema electrónico de detectores de presencia activa el fluxor electrónico, que se basa en el mismo sistema que los fluxores temporizados. El sistema de interrupción de la descarga suele estar temporizado. Este tipo de inodoro normalmente tiene una descarga máxima de agua de 6 litros.

Veremos cuáles son las ventajas y desventajas de la instalación de fluxores:

Ventajas.

- Un diseño más atractivo que las típicas cisternas.
- Al instalar el inodoro más cerca de la pared, se puede ganar espacio útil.
- Reduce los molestos ruidos que se producen cuando se llenan las cisternas.
- Previene el goteo y la condensación en el piso durante el clima húmedo.
- Están listos para volver a usarse poco tiempo después de su uso.

Desventajas.

El mayor consumo y algunos problemas de suministro suelen ser causados por:

- **Diseño de instalación inadecuado:** para evitar pérdidas de presión en los conductos, el diseño de una red de fluxores requiere diámetros de tubería, grifo y medidor mucho más grandes que para instalaciones sin fluxor. Los consumos o presiones inestables se producen por la frecuente ampliación, modificación o creación de conexiones para otro tipo de inodoros.
- **Variación de la presión de suministro:** Cuando aumenta la presión de suministro, los tiempos de actuación y los caudales suministrados son demasiado elevados, superando incluso los 9 litros.
- **Falta de mantenimiento:** Realizando un desmontaje rápido, limpiando y engrasando el equipo con productos especiales, y despejando las posibles obstrucciones de las tomas, es posible asegurar que el equipo está en buenas condiciones, ahorrando más del 30% y evitando el eje o el pistón se atasquen.

5 Discusión-Conclusión

Para que un fluxor funcione se necesita una presión mínima de 0 coma 5 Kg/cm². Se pueden instalar tanto inodoros con sistema de aspiración o sifón como inodoros con sifón típico de caída natural. Es necesario instalar una tubería de mayor calibre que la que se usa para una cisterna porque exigen un flujo considerable que ocurre instantáneamente en el punto de entrada. Dado que se requiere una buena presión, la conexión debe tener 0,5 Kg/cm² más de lo que aconseja el fabricante del fluxor. Además del resto de la fuente de alimentación del dispositivo, se requiere una fuente de alimentación de red independiente para los fluxores.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 534

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

LAURA TEBAR TORRES

BELEN PALACIOS LOZANO

CARMELO ZAMORANO PANZANO

PAULA DIAZ MECO ALVAREZ

MARIA ELENA MARTINEZ MORENO

1 Introducción

En España la sanidad se articula en dos niveles asistenciales: la atención primaria y la especializada.

La atención primaria es aquella que se presta en los centros de salud, de forma mayoritariamente presencial, aunque también existen consultas telefónicas. En los centros de salud las consultas con el especialista de medicina familiar y comunitaria tienen lugar durante la mañana, y dependiendo de la comunidad y el funcionamiento del centro de salud en particular, algunas tardes de la semana. Aparte de las consultas, multitud de servicios son ofrecidos y puestos en marcha a la población a través de los centros de salud, como por ejemplo salas de curas de heridas y aerosoles, gestionadas por enfermería, programas de vacunación, programas de prevención primaria y educación sanitaria.

Generalmente en atención primaria trabajan médicos de familia, pediatras, enfermeras, personal administrativo y celadores, aunque también podemos encontrar en el centro de salud profesional como odontólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc.

La atención primaria es frecuentemente el primer nivel asistencial mediante el cual el usuario entra en contacto con los servicios de salud y el médico de familia, el profesional de salud que más tiempo acompañará al paciente a lo largo de su vida.

En el presente texto se analizarán las funciones que lleva a cabo el celador en los centros de salud.

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.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como se ha mencionado previamente, el médico de familia acompaña al usuario a lo largo de toda la vida, siendo la relación que se forja entre especialistas de medicina familiar y comunitaria mucho más cercana y duradera que con otros facultativos de otras especialidades. El médico de familia frecuentemente conoce a la perfección a sus pacientes, sus antecedentes personales y el funcionamiento de su entorno social y familiar. Esta información es muy preciada a la hora de ejercer la labor asistencial, pues ofrece al profesional de la salud un contexto biopsicosocial muy enriquecedor que en ocasiones es clave para entender la patología del paciente, mientras que en atención especializada no se cuenta con

este conocimiento en profundidad del paciente y los procesos asistenciales son de mucha menor duración.

A continuación, se desarrollarán las funciones del celador en atención primaria. El celador se encargará de transportar las muestras biológicas recogidas, como análisis de sangre al laboratorio, y si el centro de salud no cuenta con laboratorio, las transportará mediante un vehículo al hospital de referencial.

El celador recogerá también del hospital de referencia las vacunas y la trasladará al centro de salud.

El celador se encargará de trasladar a las pacientes que cuenten con problemas de movilidad en silla de ruedas.

El celador ayudará al personal sanitario del centro de salud en pequeñas tareas cuando así le sea solicitado, como en la movilización de un paciente para su exploración.

El celador trasladará historias clínicas, inmobiliario, aparatos médicos etc, de una consulta a otra o donde sean requeridos en el centro de salud.

El celador velará por el orden y la tranquilidad en el centro de salud, ordenará silencio si es necesario en las salas de espera y evitará el paso de personal no autorizado a zonas prohibidas.

5 Discusión-Conclusión

La importancia del buen funcionamiento de la atención sanitaria reside en que es el nivel asistencial que más contacto tiene con el paciente, y, por lo tanto, frecuentemente será el que inicie procesos asistenciales de mayor complejidad, esto es, el diagnóstico de enfermedades importantes y su seguimiento, la necesidad de una intervención quirúrgica, consultas a especialistas, etc. Además, del buen funcionamiento de la atención primaria depende el de las urgencias, tanto de los centros de salud como la hospitalaria. Si la atención primaria no funciona bien, facilitará que se saturen las urgencias, lo cual puede disminuir considerablemente la calidad de la atención prestada al usuario.

Como hemos visto a lo largo del texto, en los centros de salud trabajan multitud de profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, entre los que se encuentra el celador, y todos ellos, con su labor, hacen posible el funcionamiento correcto del centro de salud.

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 535

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA

LAURA TEBAR TORRES

BELEN PALACIOS LOZANO

CARMELO ZAMORANO PANZANO

PAULA DIAZ MECO ALVAREZ

MARIA ELENA MARTINEZ MORENO

1 Introducción

Todos los centros e instituciones sanitarias requieren de un servicio de ropa y lencería, sobre el que recaen diversas funciones, como es aprovisionamiento y suministro de pijamas, ropa de quirófano, ropa de cama, uniformes del personal, toallas, etcétera, utilizados a diario en la institución sanitaria, así como su lavado y esterilización, participando así en el mantenimiento de la higiene del hospital. Otras funciones del servicio de lencería consisten en presentar la ropa mencionada anteriormente de forma higiénica y con un aspecto agradable, controlar los costes y mantener una calidad adecuada de la misma, así como investigar aquellas prácticas y factores que intervienen negativamente en su duración para evitarlos, reduciendo así los costes de compra y procurando el mantenimiento del textil en buen estado el mayor tiempo posible.

El servicio de ropa y lencería se constata como un servicio de apoyo directo a la institución hospitalaria, y de forma indirecta, a la atención del paciente o usuario de la sanidad pública, puesto que la ropa puede actuar como vía de transmisión de enfermedades nosocomiales, ya que se encuentra en contacto directo con el enfermo por tramos de tiempo prolongados.

Por todo esto, el servicio de lencería de un hospital debe de cumplir con medidas de seguridad especiales.

En el presente texto se analizarán las tareas que recaen sobre la figura del celador en lencería.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en lencería.
- Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en esta unidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El correcto funcionamiento del servicio de ropa y lencería de una institución hospitalaria es de suma importancia, pues es imprescindible para el funcionamiento de la labor clínica de todo el hospital, la planta de hospitalización, los quirófanos, las consultas externas etcétera. Además, tiene un gran impacto en la calidad de la institución sanitaria percibida por el usuario, así como un impacto indirecto en su seguridad.

El correcto funcionamiento del servicio de ropa y lencería es un factor determinante en la calidad del servicio asistencial percibido por el paciente, pudiendo equipararse con la calidad de la alimentación que recibe o las relaciones humanas establecidas con el personal sanitario.

Existe amplia evidencia de que el uso incorrecto de la ropa del hospital, así como su higiene inadecuada, junto a otras prácticas incorrectas, permiten la transmisión y contagio entre pacientes de enfermedades nosocomiales.

Las enfermedades nosocomiales son aquellas que se transmiten dentro de la institución sanitaria, habitualmente entre pacientes en tratamiento con antibióticos más potentes y de amplio espectro, esto, sumado a las condiciones superiores de higiene y esterilización que se llevan a cabo en un hospital, hace que los patógenos que consiguen superar estas barreras y propagarse sean mucho más letales y peligros, habitualmente se trata de bacterias multirresistentes potencialmente letales.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

El celador es el encargado de recibir los cargamentos de ropa limpia y colocarla en las estanterías correspondientes.

El celador preparará los carros de ropa limpia para los distintos servicios de la institución sanitaria y se encargará de su correspondiente reparto en las plantas determinadas.

El celador se encargará de descargar las lavadoras y cambiar el detergente.

El celador se encargará de recoger las jaulas de ropa sucia de todos los servicios del hospital y su traslado al servicio de lencería donde volverá a ser lavada e higienizada.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de lencería es fundamental para el desempeño de la práctica clínica diaria en las instituciones sanitarias, y como se ha expuesto a lo largo del texto, es imprescindible que el servicio de lencería cumpla con las máximas medidas de seguridad y protocolos de esterilización e higiene de la ropa para evitar la transmisión de enfermedades nosocomiales.

El celador del servicio de lencería realiza multitud de funciones que tienen que ver con el recepcionamiento, recogida y transporte de la ropa, contribuyendo así a que el servicio de lencería del hospital funcione de forma adecuada, evitándose la propagación de enfermedades, y favoreciendo el correcto desarrollo de la labor clínica.

6 Bibliografía

1. El celador en el Servicio de Lencería del Hospital - III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo.” (n.d.). Retrieved August 20, 2023, from <https://congresosicepa.com/celador-servicio-lenceria-hospital/>.
2. Actuación y funciones del celador en el área de lencería y lavandería hospitalaria - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved August 20, 2023, from <https://revistamedica.com/actuacion-funciones-celador-area-lenceria-lavanderia-hospitalaria/>.

Capítulo 536

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS

LAURA TEBAR TORRES

BELEN PALACIOS LOZANO

CARMELO ZAMORANO PANZANO

PAULA DIAZ MECO ALVAREZ

MARIA ELENA MARTINEZ MORENO

1 Introducción

La Medicina Legal y forense es aquella especialidad médica cuyo objetivo es el uso de conocimientos médicos, jurídicos, éticos, administrativos y ciencias afines al desarrollo, aplicación y perfeccionamiento del Derecho, de la actividad médica profesional, y de la asistencia sanitaria.

Los facultativos especialistas de Medicina legal y forense, previamente conocidos como forenses, se denominan especialistas en Medicina Legal, puesto que debido a la evolución de la especialidad y de la sociedad médica, así como por sus amplias relaciones con el Derecho, hoy en día dichos especialistas realizan una labor mucho más amplia que la mera realización de autopsias, aunque la realización de las mismas sigue recayendo sobre estos profesionales.

Los especialistas en medicina legal deben de poseer formación en multitud de ámbitos y ramas, como, por ejemplo, el derecho médico y legislación sanitaria,

deontología profesional médica y ética clínica, psiquiatría forense, criminología, Medicina Legal del trabajo, toxicología, medicina Legal de los seguros, etcétera. En el servicio de Medicina legal y forense se coordina la labor de multitud de profesionales, como especialistas en medicina legal, enfermeros, auxiliares de enfermería, personal administrativo, celadores, etc.

En el presente texto se analizarán las tareas que recaen sobre la figura del celador en la sala de autopsias

2 Objetivos

-Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en la sala de autopsias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como ya se ha comentado en el presente texto, el especialista en Medicina Legal y forense, aparte de la realización de autopsias, es encargado de muchas otras labores y tiene otras responsabilidades a su cargo entre las que se encuentran la asesoría técnica de las implicaciones médico-legales y su gestión, asesoría médica y legal en estamentos públicos y privados, gestión técnica de la problemática médico-legal en la institución sanitaria, etcétera.

Una autopsia es un procedimiento médico-quirúrgico que engloba una serie de procedimientos entre los que se encuentra la disección del cadáver en sus distintas cavidades, su examen visual, toma de muestras, biopsias de tejido, análisis bioquímico y anatomopatológico de las mismas, realización de cultivos etcétera, para así determinar la naturaleza de la causa de la muerte del individuo, así como conocer las condiciones en las que se produjo y la extensión de posibles complicaciones que la ocasionaron.

Atendiendo a la clasificación de las autopsias, estas se dividen en dos tipos, la autopsia forense, aquella solicitada por el juez cuando existen indicios de crimi-

nalidad, y realizada por especialistas en Medicina Legal y forense; y, por otro lado, la autopsia clínica, solicitada por los facultativos, y realizada por los médicos especialistas de anatomía patológica, también conocidos como anatomopatólogos, con el fin de conocer la causa de la muerte del individuo y otros fines de investigación.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en la sala de autopsias.

El celador debe de ser conocedor de las medidas de bioseguridad, asepsia y antisepsia, para que la manipulación del cadáver y de las muestras extraídas no entrañe un peligro biológico.

El celador se encargará del transporte del cadáver desde la cámara frigorífica hasta la sala de autopsias, transportando también su identificación.

El celador se encargará también de colocar el cadáver en la posición correcta en la mesa de autopsias.

El celador se encargará del lavado y desinfección de todas las camillas y superficies.

El celador auxiliará al personal de la sala de autopsias en pequeñas tareas que no impliquen contacto directo con el cadáver, como la realización de anotaciones, traslado de instrumental, pesaje de órganos, etcétera.

El celador trasladará todas las muestras biológicas, como muestras de sangre, biopsias, etc., recogidas en las consultas externas y las llevará al laboratorio.

El celador se encargará de recoger las jaulas llenas de ropa sucia al final del día y trasladarlas a lavandería.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha expuesto a lo largo del texto, en la sala de autopsias existe un importante riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas, por lo que el celador debe de ser conocedor de las normas de higiene y seguridad, cumpliendo en todo momento con las medidas de protección y bioseguridad.

Sobre la figura del celador recaen multitud de labores en la sala de autopsias, cómo lo son el transporte del cadáver, labores de asistencia a la autopsia, desinfección y esterilización de materiales, etcétera.

El celador es una figura fundamental en la sala de autopsias y contribuye con su labor a que esta sala funcione de forma correcta.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/papel-del-celador-en-una-sala-de-autopsias/>.
2. Funciones del celador en la sala de autopsias - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. (n.d.). Retrieved August 20, 2023, from <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/funciones-del-celador-en-la-sala-de-autopsias/>.

Capítulo 537

LAS FUNCIONES DEL CELADOR DENTRO DEL SERVICIO DE INFORMACIÓN DE UN CENTRO HOSPITALARIO

VICTOR GARCIA GARCIA

1 Introducción

Todos los pacientes y usuarios de un centro hospitalario tienen derecho a recibir información sobre los servicios hospitalarios y unidades existentes en el mismo. Dichos hospitales contaron con una guía o carta de los servicios, que especifiquen los derechos y obligaciones de los usuarios y, las prestaciones y características del servicio.

El artículo 9, de la Ley 14/1986 (25 de abril), Ley General de Sanidad, que dice: los poderes públicos, deben informar a los usuarios de los servicios sanitarios públicos de sus derechos y deberes.

El celador suele ser, en muchas ocasiones, el primero en recibir al paciente en los centros hospitalarios y, por tanto, el primero en informar de los servicios del mismo, y como acceder a dichos servicios, entre otras cosas.

Sistemas de información hospitalaria o sistemas de información en salud (siglas: SIH) en diferentes países se suele llamar “expediente electrónico”, aunque suele ser esto último, la parte clínica del proceso.

Consiste en un programa o programas de cómputo instalados en un hospital, que proporciona un servicio compuesto de todos los elementos que forman el sistema sanitario y, son los siguientes:

- Llevar un control de todos los servicios prestados a los pacientes.
- Obtener estadísticas generales de los pacientes.
- Obtener datos epidemiológicos.
- Especificar la cuantía a la que asciende los servicios de la atención prestada al paciente
- Especificar de forma electrónica el expediente clínico de cada paciente.
- También transmite el acceso y adquiere datos en relación con el tratamiento del paciente de forma eficaz.
- Es necesario para que el sistema de salud tenga un registro en prevención y tratamiento de enfermedades.
- El sistema electrónico es más seguro, ya que protege la calidad y seguridad en el cuidado de la salud.

2 Objetivos

Describir las competencias del celador en la zona de información de un hospital, el trato con los pacientes y usuarios del centro hospitalario, así como las tareas encomendadas por el jefe subalterno dentro de las funciones del celador.

3 Metodología

En este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica, revisando distintos artículos de tipo científico. Dichos artículos se han revisado a través de diferentes páginas como Scielo, Diagraphic o Sciencedirect, y estas se localizaron mediante buscadores y bases de datos como: Google académico, Pubmed o Cochrane.

4 Resultados

Cuando los usuarios llegan al hospital, una de las primeras personas con la que se encuentran es el celador. Este debe mostrar un carácter frente a las personas extrovertido, paciente, tolerante, amable o comprensivo, así como facilidad de palabra a la hora de responder las diferentes cuestiones presentadas por dichas personas.

Las funciones que debe realizar el celador de información incluyen:

- Notificar la consulta externa, indicando lugar, fecha y hora.

- Controlar a cualquier persona que llegue al hospital y no permita que ingrese ninguna persona que parezca estar borracha, sucia, que incite a disturbios o lleve alimentos y bebidas no autorizados.
 - Vigilar la salida de los pacientes que deben acreditar la salida del centro.
 - Acompañar al paciente al hospital de día, sala preoperatoria o sala, llevar placas de identificación.
 - Recibir diariamente cartas y clasificarlas según correo interno de diferentes departamentos, correo externo de casas particulares o correo externo de diferentes áreas de salud de la provincia.
 - Distribuir el correo interno al departamento designado, y el resto será distribuido por el puesto de control.
 - Proporcionar sillas de ruedas para personas que la necesite para consulta u otros dependientes.
 - Asegura el orden y la máxima tranquilidad posible en tu zona de trabajo.
 - Informar a los familiares del paciente la hora y el número de días que el médico puede informar e indique el nombre y el número de habitación.
 - Proporcionar a los familiares, tarjetas de información sanitaria donde se indique el número asignado para que el médico que trate al familiar contacte con ellos.
- También pueden sacar en las máquinas los tiques dónde se indica el número de consulta para el que está citado, así como justificantes de haber asistido a la consulta indicando la hora de la cita, esto lo hará utilizando la tarjeta sanitaria y el DNI. También hará el celador otras tareas que le sean encomendadas por el jefe de personal subalterno adscritas a su puesto de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El artículo 14.2 del Decreto Ministerial del 5 de julio de 1971 estipula las funciones del celador, es decir, los estatutos del personal no sanitario atendido por las instituciones de seguridad social y de salud.

El celador del punto de información es el primero en recibir al usuario o paciente, por lo que debe tener un toque especial a la hora de sugerir y responder las preguntas transmitidas. Debe ser una persona extrovertida y cautelosa, tener mucha paciencia, habilidades interpersonales y proporcionar información adecuada que respete las leyes de protección de datos. Algunos de los valores de la gestión de los tutores en los puntos de información son la orientación ciudadana y la equidad (tratar a todos por igual), la confidencialidad de la información y la confianza (comunicar y defender adecuadamente los derechos e ideas de uno y respetar los

derechos y las ideas de los demás), así como priorización de cuestiones objetivas y evaluación justa de las necesidades de los usuarios.

6 Bibliografía

1. Art. 14.2 de la Orden Ministerial del 5 de Julio de 1971, Estatuto del Personal No Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de los servicios de admisión y documentación clínica. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 2000.

Capítulo 538

LAS FUNCIONES DEL CELADOR DE PUERTA EN CENTROS HOSPITALARIOS

MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA

MARÍA MOYA APARICIO

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS

MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS

1 Introducción

La salud y la seguridad de los pacientes, visitantes y personal médico son las principales prioridades en los hospitales. Los celadores son cruciales para las operaciones de vigilancia con el fin de mantener un entorno seguro.

Los celadores están atentos a actividades sospechosas y se aseguran de que se sigan las reglas, todo lo cual contribuye a un entorno seguro y organizado en el hospital.

Este estudio examinará cómo los celadores del hospital realizan la vigilancia. Veremos el alcance de su supervisión y control sobre áreas y actividades importantes, así como la necesidad de su presencia y atención constantes para mantener la seguridad y el bienestar de todos los que trabajan en el entorno hospitalario.

Para asegurar un monitoreo eficiente y la respuesta adecuada en situaciones de emergencia, también se discutirá la cooperación del celador con otros miembros del equipo de atención médica, incluidos enfermeros, médicos y personal de seguridad. Para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención en el entorno hospitalario, es crucial que los celadores y otros profesionales se comuniquen y trabajen juntos.

En conclusión, los deberes de los celadores de puerta son cruciales para la seguridad y el bienestar de los pacientes, visitantes y personal de los hospitales. La presencia y atención permanente del celador ayudan a promover la seguridad y prevenir incidentes. Las tareas específicas de vigilancia que realiza el celador hospitalario se examinarán detalladamente en los apartados siguientes.

2 Objetivos

Este estudio tiene como objetivo principal examinar y conocer las funciones y tareas que desempeña un celador de puerta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones de vigilancia realizadas por un celador en un hospital son cruciales para mantener la seguridad y el bienestar de los pacientes, el personal y las instalaciones. Los siguientes son los resultados de un examen de los deberes de vigilancia del celador del hospital:

- Vigilancia de la seguridad del entorno: Durante los patrullajes de rutina, el celador vigila e informa de cualquier circunstancia que pueda poner en peligro el bienestar de los pacientes y del personal. Esto implica detectar lugares que podrían ser peligros de caídas, obstáculos en las escaleras y pasillos, iluminación deficiente y fallas en el equipo o el sistema.

- Control de acceso y vigilancia en áreas restringidas: El celador de puerta del hospital es el encargado de vigilar el acceso a áreas como quirófanos, unidades de cuidados intensivos y áreas de almacenamiento de medicamentos que se encuentran restringidas. Adicionalmente, debe asegurarse de que se sigan los procedimientos de seguridad establecidos y confirmar la legitimidad del personal autorizado.
- Vigilancia de transferencia de pacientes: ya sea que se transfiera a un paciente en camilla, silla de ruedas o a pie, el celador es crucial para el proceso. Durante el transporte, se asegura de que los pacientes estén seguros y cómodos para evitar accidentes o resbalones y caídas.
- Seguimiento de prácticas higiénicas y cumplimiento de protocolos: El celador vigila y denuncia cualquier caso de mala higiene o incumplimiento de las normas establecidas para el lavado de manos, uso de equipos de protección personal y limpieza y desinfección de las instalaciones, ayuda a mantener un ambiente limpio y seguro.
- Vigilancia de la integridad de las instalaciones: El celador advierte y reporta cualquier deterioro o falla de la infraestructura, maquinaria o mobiliario del hospital. Esto incluye problemas como luces rotas, puertas que se cierran incorrectamente y equipos médicos deficientes. El control activo por parte de los celadores contribuye al mantenimiento de un lugar de trabajo seguro y eficaz.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de vigilancia del celador incluyen vigilar las áreas comunes, reducir los riesgos, detectar emergencias y cooperar con el personal de seguridad. Estos deberes contribuyen al mantenimiento de un entorno hospitalario seguro y organizado, facilitando la atención médica y fomentando la comodidad del paciente y la familia.

Controlar el acceso al establecimiento y garantizar que solo las personas autorizadas ingresen a las áreas restringidas son aspectos adicionales de la vigilancia de los celadores. Al garantizar la confidencialidad y privacidad de los pacientes, esto ayuda a evitar situaciones de riesgo.

Además, el celador participa activamente en la detección y alerta de situaciones de emergencia, como incendios, fugas de gas y amenazas a la seguridad. Pueden reaccionar con rapidez y eficacia en tales circunstancias gracias a su formación y comprensión de los procedimientos de seguridad, lo que ayuda a proteger a los pacientes y los bienes del hospital.

6 Bibliografía

1. Jiménez, R. S., & López, C. (2017). La importancia del celador en la función de vigilancia en centros hospitalarios. *Enfermería Actual*, 34(3), 56-60.
2. Martínez, A. M., & Rodríguez, S. M. (2016). El papel del celador en la función de vigilancia en los centros hospitalarios. *Enfermería Global*, 15(4), 569-577.

Capítulo 539

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES CON EL PACIENTE CARDÍACO

MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA

MARÍA MOYA APARICIO

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS

MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS

1 Introducción

Las unidades cardiológicas son unas de las más especializadas, y los celadores, al igual que el resto de profesionales que están trabajando en ellas, enfermeras, médicos, auxiliares e incluso limpiadoras, deben de saber y conocer exactamente cuáles son los elementos diferenciadores tanto del trabajo a desarrollar como de las peculiaridades y necesidades de los pacientes y sus familiares.

Dado que una parte importante de las patologías clínicas están relacionadas con enfermedades del corazón, es común la presencia de una unidad de cardiología dentro de los centros de salud. Por ello, todos los centros de atención especializada con horario de ingreso hospitalario contarán con planta de cardiopatías.

Un equipo multidisciplinario de profesionales del departamento de cardiología de los centros hospitalarios atenderá las necesidades físicas, psíquicas y emocionales de los pacientes y de sus familias. Cuando un paciente con una enfermedad cardíaca se encuentra en cuidados paliativos, recibirá un tratamiento des-

tinado a mejorar el bienestar y la comodidad del paciente en sus últimas horas, al igual que sus familiares recibirán una atención más especializada enfocada en sus necesidades físicas y emocionales.

Este equipo multidisciplinario incluirá miembros subalternos del personal, o "celadores", cuyo desempeño es crucial para que el resto del equipo pueda trabajar de manera rápida, eficaz y segura para el paciente.

A continuación se describirán las funciones que desempeña el personal subordinado, en este caso el celador en la unidad de cardiología de los centros hospitalarios.

2 Objetivos

- Conocer el procedimiento de actuación de los celadores con el paciente cardíaco.
- Enumerar las funciones ejecutadas por el celador en la planta de cardiología.

3 Metodología

El desarrollo de este capítulo implicó un proyecto de investigación que implicó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se realizaron búsquedas sistemáticas de artículos en las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, y se eligieron artículos científicos de publicaciones académicas examinadas.

4 Resultados

Entre las funciones de un celador desempeña en las plantas de cardiología de un centro de salud, nos encontramos las siguientes:

- Siempre que la condición clínica del paciente sea estable, las funciones de los celadores en las salas de cardiología son esencialmente las mismas que se realizan en cualquier sala de un hospital.
- Cuando un paciente cardíaco presenta un cuadro clínico grave, todo el equipo multidisciplinario de la unidad debe actuar con rapidez, siendo el especialista en cardiología el encargado de decidir el traslado a la unidad de cuidados críticos, el bloque quirúrgico para una intervención de última hora, o la unidad de cateterismo para un cateterismo urgente.
- Limitar el acceso a familiares y familiares de visita, permitiendo únicamente la entrada a quienes hayan sido autorizados por la planta de hospitalización o la

dirección del hospital o centro para la salud.

- Realizar las tareas que le asigne el jefe de planta, siempre que sean pertinentes a su ámbito profesional.
- Como miembro de la categoría de personal subalterno y empleado no sanitario, el celador tiene derecho a declinar cualquier tarea que no esté relacionada con su designación profesional.
- Ejecutar cualquier instrucción de transferencia dada al paciente de cardiología por el médico tratante, la enfermera del paciente o ambos.
- Cuando el paciente se encuentre en condición estable, el traslado sólo será realizado por personal subalterno, por lo que no es necesario un equipo médico. Sin embargo, cuando el paciente se encuentre en estado crítico o grave, el traslado sólo lo realizará personal subalterno, por lo que es necesario un equipo médico. Este equipo estará integrado por un especialista en cardiología, una enfermera a cargo de la atención del paciente y un celador.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de un celador con el paciente cardíaco, describe la presencia del celador en la planta de hospitalización especializado en pacientes de cardiología, cuya actuación es fundamental para que el resto del personal médico realice sus tareas de forma rápida y segura para el paciente.

Es importante señalar que la categoría profesional de personal subalterno, en la que se ubican los celadores, es una categoría profesional no sanitaria, por lo que no podrán realizar tareas que no se ajusten a esta circunstancia. Es necesario una mejor formación para de los celadores que trabajan en unidades altamente especializadas, en este caso cardiología.

6 Bibliografía

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

Capítulo 540

LAS FUNCIONES DE UN CELADOR EN LA ANATOMÍA PATOLÓGICA

MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA

MARÍA MOYA APARICIO

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS

MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS

1 Introducción

El estudio de las causas morfológicas de diversas enfermedades cae dentro del ámbito de la anatomía patológica. Dado que la anatomía patológica implica un examen directo del órgano enfermo, ha sido un campo próspero durante el mismo tiempo que la medicina. La anatomía patológica fue desarrollada como ciencia por Xavier Bichat, quien falleció a la temprana edad de 32 años. Se cree que contrajo una infección mientras realizaba una autopsia de necrosis en un cadáver. En términos de investigación, podemos decir que la anatomía patológica y la ciencia se desarrollaron de la mano y, como ahora sabemos, se establecieron en los siglos XVI y XVII.

La Sociedad Española de Anatomía Patológica se constituyó en torno a 1958. La especialidad se implantó en los distintos hospitales de la seguridad social en la década de los 60. Se ha agregado una variedad de técnicas, incluido el microscopio, a la capacitación en anatomía patológica a medida que se ha desarrollado con el

tiempo. Sin embargo, uno de los más cruciales es el uso de técnicas moleculares, gracias a las cuales podemos realizar numerosos estudios para conocer mejor las distintas patologías del cáncer.

Las funciones de un celador en el campo de la anatomía patológica son prácticamente idénticas o similares a las distintas tareas de los auxiliares de enfermería, son las que veremos en los resultados.

2 Objetivos

- Describir las distintas funciones que realizan a diario los celadores de este servicio de anatomía patológica.

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

Veremos en este capítulo las funciones importantes y útiles que los celadores de la sección de patología realizan a diario. Estas son las funciones de un celador:

- Las tres partes distintas, aunque igualmente cruciales, de los deberes de los celadores se dividen en categorías. Las actividades previas a la autopsia conforman el primer apartado. El celador debe sacar el cadáver de la cámara frigorífica antes de trasladarlo. Deberán identificarse siempre debidamente colocando su nombre y apellido en un lugar que sea a la vez totalmente visible y que también se encuentre en el cuerpo del difunto. La colocación del cadáver en la mesa de autopsias es una de las principales responsabilidades del celador del área de patología. Una vez en la mesa de autopsias, esta se encargará de moverlo y colocarlo en la posición adecuada.
- El trabajo realizado durante la autopsia es la segunda etapa crucial. Una de las funciones más importantes del celador de esta área será ayudar a profesionales capacitados a realizar todos aquellos procedimientos que nunca impliquen el uso de herramientas sobre el cadáver. Velará por la ejecución de los movimientos del

médico forense a medida que se produzcan mientras utiliza diversos instrumentos que no están destinados a ser utilizados en una persona fallecida pero que son necesarios para la realización de la autopsia. El celador del área de anatomía patológica pesa los órganos internos del cadáver; él o ella es el único encargado de registrar el peso y colocar los órganos en los distintos baldes herméticos que el médico forense ha especificado. Luego de la autopsia y extracción de órganos, el celador a cargo de esta área se encargará de cubrir el cadáver con papel.

- La tercera área más significativa de la autopsia. Mientras aún se completa la autopsia, el celador de esta área se encargará de limpiar y restaurar el cadáver para que quede en buen estado y pueda realizar el sudario. También debe limpiar la habitación, la mesa y las herramientas utilizadas durante la autopsia. Las distintas muestras que se recogieron durante la autopsia serán transportadas al servicio de anatomía patológica. Se les pedirá que distribuyan los diversos hallazgos de las biopsias y otras pruebas que se realizaron en el cadáver en los distintos departamentos del centro médico.

5 Discusión-Conclusión

En consecuencia, podemos afirmar con confianza que las tareas y responsabilidades del celador en el campo de la anatomía patológica son prácticamente idénticas o similares a las distintas tareas de los auxiliares de enfermería, como hemos visto en el apartado de resultados de este capítulo, dado que están obligados a obedecer constante y siempre las instrucciones que le imparta el médico forense o sus diversos superiores.

La regla que prohíbe el uso de cualquier instrumento sobre el cuerpo sin vida del paciente debe ser estrictamente seguida por el celador. Como punto final, cabe señalar que en esta zona, el cadáver de un enfermo debe ser tratado con mucho respeto, conocimiento y todo lo que sea necesario en el momento.

6 Bibliografía

1. Hospitales, H. M. (s/f). PGCatalogItemEspecialidad. Recuperado el 27 de mayo de 2022, de <https://www.hmhospitales.com/serviciosalpaciente/especialidades/especialidades/hemodinamica>.

Capítulo 541

EL CELADOR DURANTE EL TRASLADO DE UN PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS. NORMAS BÁSICAS DURANTE EL TRASLADO DEL PACIENTE

CRISTINA ANTONAYA MORCILLO

MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ

JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ

JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ

SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO

1 Introducción

Normas básicas durante el traslado del paciente.

Durante el traslado de un paciente el personal subalterno (celador) es el profesional responsable del paciente, por lo que deberá realizar un traslado manteniendo la seguridad del paciente durante todo el trayecto, es por ello, por lo que se deben tener en cuenta una serie de normas básicas durante dichos traslados.

- El celador se deberá asegurar del paciente que debe ser trasladado, para ello comprobará el nombre con la pulsera identificativa que porta el paciente.

- El celador comunicará de la acción que se le va a realizar al paciente.
- El celador, junto con el equipo de enfermería a cargo del paciente, determinarán el mejor medio de transporte para realizar el traslado.
- Bajo ningún concepto, se podrá trasladar a un paciente ingresado por su propio pie, puesto que puede sufrir un mareo y desfallecerse. Los pacientes de urgencias que se encuentran con un nivel alto de triaje podrá ser trasladado por su propio pie siempre que el destino sea cercano.
- El celador deberá comprobar las vías con la medicación que tenga el paciente, solicitando al equipo de enfermería que retire las que ya no contengan medicación. Durante el traslado el celador deberá controlar en todo el momento el estado de la vía, para evitar tirones o enganchones con la rueda de la silla.

2 Objetivos

- Conocer las normas básicas a tener en cuenta durante el traslado del paciente.
- Detallar el traslado de los pacientes más vulnerables, pacientes geriátricos, ginecológicos o traumatológicos.
- Enumerar las funciones del celador durante el traslado del paciente en silla de ruedas.

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

Traslado del paciente geriátrico.

Como se ha mencionado anteriormente, antes de proceder a trasladar a un paciente geriátrico en silla de ruedas, se deberá determinar con el equipo de enfermería a su cargo si es viable este medio de transporte o no.

Arropar al paciente con sábanas o mantas durante el traslado, puesto que la mayoría de estos pacientes están débiles y pueden coger frío durante los traslados.

Si el paciente porta bolsa de diuresis o drenajes, se deberán subir y colocarlos sobre las piernas del paciente, para evitar que se enganche con las ruedas de la silla y se extraigan del paciente, evitando de esta manera, dolor en el paciente y que tengan que volver a sondarlo o a introducirle los tubos de los drenajes en el bloque quirúrgico.

Traslado del paciente traumatológico.

Antes de proceder a trasladar a un paciente traumatológico en silla de ruedas, se deberá determinar con el equipo de enfermería a su cargo si es viable este medio de transporte o no, puesto que la mayoría de los pacientes porta sistemas de tracción para mantener la alineación de los huesos.

Si la parte corporal lesionada es un miembro inferior, se colocará una tabla sobre el glúteo del paciente que permite mantener la pierna estirada sin necesidad de que el paciente tenga que levantarla por su propia cuenta.

Traslado de la paciente parturienta.

Antes de proceder a trasladar a una paciente parturienta en silla de ruedas, se deberá determinar con el equipo de enfermería a su cargo si es viable este medio de transporte o si puede ir andando.

En la mayoría de las ocasiones que una paciente va a dar a luz es recomendable que anden para facilitar la colocación del bebe antes del parto, sin embargo, cuando la paciente tiene contracciones con menor tiempo entre una y otra, es recomendable la utilización de silla de ruedas para llegar cuanto antes al servicio de paritorio.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador durante el traslado de un paciente en silla de ruedas. Normas básicas durante el traslado del paciente” nos demuestran los casos más delicados en los cuales utilizar una silla de ruedas, para lo cual el celador debe seguir una serie de normas durante el traslado.

Otro aspecto a tener en cuenta por el celador durante el traslado es la manera de trasladar a un paciente en silla de ruedas en una rampa, puesto que de ello depende la seguridad del propio paciente. Es por ello, por lo que es de vital importancia que el celador posea unos conocimientos básicos sobre el traslado del paciente al bajar o subir rampas.

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. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.
4. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 542

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS PROBLEMAS DE LA LUZ AZUL DE LOS MONITORES

SANDRA RONCERO GONZÁLEZ

ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA

M^a FERNANDA DEL CERRO NAVARRO

MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA

MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo en los centros hospitalarios y sanitarios, pasa la mayor parte de su jornada laboral sentado ante una pantalla de ordenador, por lo que estos trabajadores y trabajadoras están expuestos de manera continua a la luz azul de estas pantallas.

En la actualidad, se ha puesto en conocimiento que la luz azul de los dispositivos electrónicos pueden hacer que sus usuarios sufran algunas alteraciones visuales. De ahí el creciente auge de la venta de gafas con lentes que protegerían de esta luz azul, o incluso de filtros para las propias pantallas de los ordenadores o dispositivos que dicen minimizar esta luz. Recientemente se ha puesto el foco en los problemas ocasionados de la luz no se limitan exclusivamente a los problemas oculares, sino que además pueden llegar a alterar otros aspectos de los usuarios que

pasan mucho tiempo bajo estas luces, como pueden ser problemas o alteraciones del sueño, o incluso problemas dermatológicos. No es de extrañar que cada vez abunden más los estudios al respecto de los posibles daños provocados por la luz azul de los dispositivos electrónicos, pues en nuestro día a día todos en mayor o menor medida estamos expuestos a estas luces. Además, esta exposición cada vez se incrementa más, y no solo entre los adultos.

2 Objetivos

Dar a conocer los efectos para la salud que puede provocar la exposición continuada de la luz azul en los trabajadores.

3 Metodología

Para poder realizar el presente capítulo de revisión bibliográfica se han realizado una serie de búsquedas en las principales bases de datos, teniendo en cuenta únicamente los textos científicos de publicaciones académicas revisadas. Como palabras claves de búsqueda se han empleado: consecuencias de la luz azul, luz de monitores y problemas oculares, luz azul y riesgo laboral.

4 Resultados

Aunque entre los estudios de hace unos años no se veía un significativo daño de la luz azul entre los usuarios de los dispositivos electrónicos, los estudios más recientes sí que le dan importancia, y, es más, ponen el foco no solo en los posibles problemas oculares.

Los auxiliares administrativos de los centros sanitarios u hospitalarios, al pasar la mayor parte de su jornada laboral frente a la luz azul de los monitores de ordenador, son susceptibles de padecer ciertas patologías propias de este uso continuado. Si es verdad, que todas las dolencias que se van a nombrar a continuación se incrementan entre los que más horas están expuestos a esta luz, no solo de forma por pasar muchas horas durante su jornada laboral, sino porque además lo llevan estando durante varios años. Es decir, podríamos decir, que ante mayores horas absolutas de exposición, mayor daño. Pero, aunque podemos decir que estos daños serían acumulativos, no quiere decir que los que pasen menos horas no sean susceptibles de sufrir estas afecciones derivadas del uso continuado de los dispositivos electrónicos.

En primer lugar, nombraremos los más conocidos por todos, los problemas oculares. Estos daños pueden ir desde el ojo seco, visión borrosa o necesidad de emplear lentes. Todo esto se podría minimizar a través de lentes que sirvan de protección frente a esta luz, o del uso de protectores en el propio dispositivo. También se ha observado, que la exposición a este tipo de luz provocaría alteraciones del sueño y del ciclo circadiano, y por lo que por ahora se sabe la única solución posible sería minimizar la exposición.

Más recientemente, también se han observado problemas de la dermis, ya que esta luz puede provocar daños similares a la luz solar, pudiendo provocar envejecimiento prematuro de la piel, manchas o melasma. Para poder poner remedio a este problema, ya se han puesto a la venta cremas y lociones que protegen la piel frente a esta luz.

5 Discusión-Conclusión

Tras estudiar diversa bibliografía, se ha puesto de manifiesto, se puede concluir, que la exposición continuada a la luz azul de los dispositivos electrónicos, puede provocar daños en la salud de los usuarios, por lo que debería ser considerado un riesgo laboral de los auxiliares administrativos.

Los daños en la salud provocados por la luz azul de los dispositivos electrónicos, no solo se limita a los más conocidos por el público en general, es decir no solo afecta a la salud ocular. Además de poder daños nuestros ojos provocando entre otras cosas ojo seco o provocar la necesidad de tener que usar gafas, también afecta a nuestra calidad del sueño, e incluso, a nuestra piel.

6 Bibliografía

Awad-Alkoziv, H. Melatonin and melanopsin in the eye: friends or foes? *Anales RANF. Real Academia Nacional de Farmacia*.2019; 85(01): 49-59

Juan Salmerón, E. La luz azul: peligros y beneficios. *El farmacéutico*. 2022; 614: 29-33.

Mahmoud BH, Hexsel CL, Hamzavi IH, Lim HW. Effects of visible light on the skin. *Photochemistry and Photobiology*. 2008; 84: 450-462.

Capítulo 543

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD Y EL USO DE LA RECETA ELECTRÓNICA

SANDRA RONCERO GONZÁLEZ

ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA

M^a FERNANDA DEL CERRO NAVARRO

MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA

MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ

1 Introducción

La receta electrónica es un sistema que nos permite realizar de forma automática el uso de computadoras y nuevas tecnologías en la prescripción, seguimiento y distribución de medicamentos. Los pacientes deberán aportar su tarjeta sanitaria individual como identificación para poder acceder a la receta electrónica y recibir sus medicamentos. El médico es el encargado de escribir las recetas de los medicamentos, que aparecerán en tu receta electrónica. Tras recibirlo, el paciente debe acudir a la farmacia con su tarjeta personal de identificación sanitaria para poder acceder a la dispensación del medicamento que le ha sido prescrito. El territorio nacional ahora puede utilizar este mecanismo con mayor facilidad gracias al desarrollo de estas tecnologías, lo que también se ha traducido en un importante ahorro de papel. El asistente administrativo puede acceder a las recetas en

proceso de sistema de gestión de reclamaciones. La única forma de ponerse en contacto con el paciente es a través de una lectura de TSI, como en una farmacia. Siempre que la distribución sea electrónica. El asistente administrativo podrá observar los medicamentos en acción en el contexto en el que se pueden dispensar si están habilitados para un paciente. Las firmas digitales se utilizan para verificar la eficacia de los tratamientos y la impresión instantánea está disponible para recetas.

2 Objetivos

Introducir la funcionalidad de la receta electrónica en relación con el puesto de auxiliar administrativo.

3 Metodología

Se realizó una investigación para ayudar con el desarrollo de este trabajo, que incluyó un análisis bibliográfico de la literatura científica relevante existente. Para encontrar información relevante al tema de estudio, se realizó una búsqueda exhaustiva en libros y artículos especializados en las principales bases de datos como Scielo y Pubmed.

4 Resultados

El experto principal encargado de tener acceso es el auxiliar administrativo, ya que pueden tramitar las reclamaciones pertinentes o consultar los medicamentos de los que se encuentran actualmente activados en su receta electrónica respecto a las recetas que quedan pendientes. Por otro lado, nunca podremos crear o recetar los medicamentos de la receta electrónica sin la ayuda de un profesional médico. Los pacientes ahora tienen un acceso más rápido a sus medicamentos gracias al uso de las recetas electrónicas, que también tienen una serie de ventajas e inconvenientes.

Estos son algunos de los principales beneficios del sistema:

- Manera fácil de buscar el historial de medicamentos.
- Rápido acceso de los pacientes a sus medicamentos.
- Habilitar a los profesionales para hacer su trabajo.
- Disminuir las visitas de los pacientes al médico, ya que esto es beneficioso para los pacientes.

- disminuir la duración de las listas de espera de los centros de salud.
- Dispensar más rápidamente una variedad de los medicamentos.
- Permitir la evaluación del médico de cualquier incompatibilidad entre los medicamentos recetados de un paciente y/o el curso del tratamiento.
- Mejora de la eficiencia para pacientes con enfermedades crónicas.
- Uso de consultas telefónicas en lugar de presenciales para estos procesos.
- Interoperabilidad entre comunidades autónomas.
- Acceso más rápido del paciente a los medicamentos.
- Mejorar el calibre de la atención del paciente. Es muy importante señalar la contribución que esto ha hecho al resultar en una disminución de la carga de trabajo que existía en la atención primaria. Dado que el médico tiene un control sobre cómo se dispensa cada uno de los medicamentos, esto es crucial para poder garantizar un consumo responsable de los medicamentos. Esto reduce la prevalencia de la automedicación en la población general.

5 Discusión-Conclusión

Dado que agilizó mucho estos procesos para toda la población, la adopción de la receta electrónica en los servicios de salud se ha traducido en una mejora en el acceso de los pacientes a los medicamentos. Debido a que el médico tiene control sobre cómo se administra cada medicamento, se pueden disminuir las tasas de automedicación dentro de la población. Esto lo hace crucial cuando se trata de usar medicamentos de manera responsable. Una novedad en la aplicación de las nuevas tecnologías en esta nueva era digital que nos rodea es la prescripción de estos medicamentos en papel que parecen haber quedado atrás.

6 Bibliografía

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

Capítulo 544

LA ATENCIÓN TELÉFONICA POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD

SANDRA RONCERO GONZÁLEZ

ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA

M^a FERNANDA DEL CERRO NAVARRO

MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA

MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ

1 Introducción

La atención telefónica es una de las funciones que los auxiliares administrativos están obligados a realizar. En las relaciones interpersonales, el lenguaje sirve como herramienta fundamental para el intercambio, transmisión y recepción de información. En estos tiempos de pandemia, el servicio telefónico se ha vuelto aún más crucial para comunicarse con personas que viven lejos. Por ello, debe ser rápido, eficaz y eficiente. Una correcta atención telefónica es fundamental porque aumentará la confianza del paciente en nosotros. Debido a que no podemos ver a la persona con la que estamos hablando por teléfono y solo podemos comunicarnos verbalmente, parte de la información proporcionada por la comunicación no verbal, como el lenguaje corporal, las expresiones faciales y la apariencia, se pierde. Debemos tener especial cuidado con las palabras que usamos, el tono

de nuestra voz, nuestra entonación, nuestras pausas y el ritmo al que hablamos porque la parte no verbal de la comunicación es perder la información. Hay algunas de las reglas que se deben seguir para que la comunicación sea efectiva y brinde la atención suficiente, ya que cuando atendemos una llamada, la persona del otro lado espera una voz amiga que la escuche y aborde el motivo de su llamada.

2 Objetivos

Describir los estándares a seguir para brindar un servicio telefónico efectivo y de calidad a los usuarios de la salud pública.

3 Metodología

Se llevó a cabo una investigación para ayudar con el desarrollo del capítulo que consiste en un exhaustivo análisis bibliográfico de la literatura académica existente. Se ha realizado una búsqueda enfocada de libros de artículos de las tres bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, eligiendo aquellos con contenido afín al tema de investigación. En los criterios de búsqueda se han utilizado términos como "servicio telefónico", "funciones de asistente administrativo" y "comunicación telefónica".

4 Resultados

Nuestra sociedad ha llegado a depender cada vez más de la comunicación telefónica diariamente, tanto en el cuidado de la salud como en el uso personal. Existen numerosas recomendaciones para la atención telefónica en empresas, atención al cliente y marketing pero no existen protocolos de actuación específicos para ello en el sector salud. Dado que el teléfono es frecuentemente el primer punto de contacto del paciente, todos enfatizan el valor de tener un buen servicio telefónico y cómo esto puede influir en cómo interactúan el paciente y el personal del centro de salud. Para brindar un servicio telefónico adecuado, es necesario considerar una serie de actitudes, entre las que se incluyen las siguientes:

- Escucha activamente: Al atender una llamada, debes dedicar toda tu atención a ella y abstenerse de realizar múltiples tareas. Solo así podremos concentrarnos

en la conversación, involucrarnos plenamente en la comunicación, comprender las necesidades del paciente y brindarle la respuesta adecuada.

- La empatía: Es la capacidad de imaginarse en los zapatos de otra persona. Es crucial darles la sensación de ser escuchados, respetados y comprendidos. La clave para brindar una atención satisfactoria es reconocer sus preocupaciones.

- Se capacita al personal: En métodos de atención telefónica fundamentalmente para lograr una menor conflictividad y un mejor curso de los procesos clínicos y terapéuticos.

- Adecuación del idioma: Para que el paciente pueda ejercer el derecho a la información que le otorga la ley de salud, se debe adecuar el idioma al paciente para que la información sea cercana, comprensible y accesible. No asuma que siempre hay una solución cuando dice: "Siempre dé una respuesta". En definitiva, sino también que el paciente sea consciente de que su demanda está siendo atendida.

Se pondrá en contacto con la persona adecuada para que le ayude a encontrar la solución. Además, tenga en cuenta lo siguiente durante la llamada:

- Debe presentarse cortésmente y luego usar el nombre de la persona que llama para identificarse.

- Habla despacio, mide el volumen de tu voz, pronuncia las palabras con claridad y selecciona las palabras adecuadas según el mensaje que quieras transmitir.

- Evite esperas innecesarias y llame para una consulta si es necesario , le solicitamos humildemente que nos dedique unos minutos y le informemos tan pronto como pueda.

- Trate de proporcionar una solución al problema de la persona que llama o remítala a la parte adecuada para obtener ayuda.

- Despedirse correctamente.

5 Discusión-Conclusión

Para proporcionar a los pacientes una atención de calidad y el apoyo que necesitan, la comunicación eficaz es crucial. La capacidad de adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias es fundamental para que quienes atienden el teléfono puedan realizar esta tarea con eficacia. Para homogeneizar criterios, conseguir una adecuada atención al paciente y conseguir que el paciente finalice satisfecho su llamada, sería interesante disponer de protocolos sobre la forma adecuada de atención telefónica en el sector sanitario o programas de formación para los empleados que llevan a cabo esta tarea es una mayor eficacia que se reflejaría en los resultados que produciría.

Los auxiliares administrativos son más eficientes, creando una impresión positiva del personal administrativo a cargo del sistema de salud, y los pacientes tienen más confianza en ellos.

6 Bibliografía

- <https://brandandhealth.com/atencion-telefonicaempaticalaclaveparaconectarcontus-pacientes>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 545

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE DIÁLISIS. FUNCIONES DEL PERSONAL SUBALTERNO CON EL PACIENTE

MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ

JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ

JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ

CRISTINA ANTONAYA MORCILLO

SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO

1 Introducción

El servicio de diálisis de un centro hospitalario es la localización física donde los pacientes con problemas renales reciben sesiones de diálisis que les permite la filtración de la sangre para eliminar los desechos del cuerpo, como son la sal y el agua que se encuentra en exceso en la sangre del paciente.

Ante la gran demanda de pacientes que requieren de dos o tres sesiones semanales de diálisis, hasta la llegada de un trasplante, existe la necesidad de aumentar la asistencia a estos pacientes, por lo que los centros hospitalarios deciden implantar mayor número de sesiones con las cuales se pueda abarcar a toda la población que requiera estos servicios.

Al implantarse mayor número de sesiones, se requiere de la participación de más profesionales sanitarios y no sanitarios y de una organización de la jornada laboral, por lo cual se establecen turnos de mañana y tarde, de lunes a sábado. Esta

organización puede variar en cada centro sanitario, siempre teniendo en cuenta el número de pacientes que requiere sesiones de diálisis.

La actuación del celador en el servicio de rehabilitación puede ser dividida en dos partes diferenciadas, por un lado, el trabajo realizado con los pacientes y, por otro lado, el trabajo realizado en el servicio relacionado con el resto de los profesionales.

2 Objetivos

- Detallar las funciones realizadas específicamente por el celador del turno de mañana.
- Enumerar las funciones realizadas por el celador en el servicio de diálisis, independientemente del turno de trabajo que realice.

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 continuación, se va a enumerar las funciones realizadas por los celadores en el servicio de diálisis en el turno de mañana y en el turno de tarde, puesto que existen pequeñas diferencias entre un turno y otro.

Funciones realizadas por el celador en el turno de mañana.

Durante el turno de mañana se debe preparar el material necesario a lo largo de la jornada laboral, es decir, el celador deberá preparar los sueros utilizados en el turno de mañana y en el turno de tarde.

Del mismo modo, es el celador del turno de mañana el encargado de trasladar desde el servicio de farmacia la medicación utilizada en servicio de diálisis durante toda la jornada laboral, independientemente de que posteriormente se tenga que trasladar más medicación solicitada por el botiquín de urgencia.

A primera hora es necesario trasladar la ropa necesaria desde la lavandería del centro sanitario, puesto que los pacientes comienzan sus sesiones desde primera

hora y requieren de la utilización de pijamas y ropa de cama durante las sesiones. Funciones realizadas en cualquier turno de trabajo.

- A lo largo del turno se deberá ir retirando las bolsas con la ropa utilizada en el servicio, y trasladarla a la lavandería del centro sanitario.
- Recoger en el servicio de farmacia la medicación solicitada de manera urgente por el médico para un paciente en concreto.
- Trasladar a los pacientes desde la puerta de la unidad donde esperan su turno, hasta la unidad.
- Ayudar al paciente a incorporarse al peso para que sea pesado por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería. El peso del paciente deberá ser diario antes de comenzar la sesión e inmediatamente después de terminar la sesión.
- Ayudar al paciente a acomodarse en los sillones o camas donde se produce la sesión.
- Trasladar a los pacientes desde la habitación donde el paciente se encuentra hospitalizado hasta el servicio. Una vez finalizado, el celador trasladará al paciente de nuevo a su habitación de hospitalización.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en el servicio de diálisis. Funciones del personal subalterno con el paciente” nos demuestra las funciones llevadas a cabo por los celadores con el paciente que acude a diálisis varias veces por semana.

Es de vital importancia destacar que son pacientes que acuden casi diariamente a la unidad, puesto que requieren de un trasplante de riñón que en muchas de las ocasiones no llega a producirse, por lo que poco a poco estos pacientes irán encontrándose peor, y necesitarán de un mayor apoyo por parte de todo el personal día a día. Es por ello, por lo que el celador deberá mostrar una actitud profesional, solidaria y empática con este tipo de pacientes, aunque se produzcan situaciones en las que los pacientes se alteren y puedan manifestar nerviosismo.

6 Bibliografía

- 1.Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.

Capítulo 546

LAS DISTINTAS FUNCIONES QUE DEBEN DE REALIZAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA

JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO

RAQUEL GARRIDO CALA

FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN

FERNANDO JIMENEZ

REMEDIOS LIZCANO

1 Introducción

El embarazo es una de las etapas más importantes de la mujer en su vida, además de ser una de las etapas mas satisfactorias y una de las más bonitas. Esta fase se termina con el nacimiento de un nuevo ser.

Este proceso suele durar alrededor de 9 meses. Este será el reflejo de una serie de cambios muy importantes que son tanto fisiológicos los cuales favorece el completo desarrollo del bebe y también tienen cambios psicológicos en la vida de la mujer.

La mujer gestante o embarazada tiene que acabar el final de su trayectoria como embarazada en condiciones optimas, es decir tiene contar con el apoyo absoluto

del personal sanitario pero además debe de contar con el apoyo incondicional de sus familiares mas cercanos, ellos tienen que ofrecerle calma, fortaleza y conseguir que se sienta cómoda ya que en estos momento es lo más importante. El final de esta excepcional etapa de la vida, llega con el esperado y ansiado parto. Esta fase la podemos especificar como la salida del bebé hacia el mundo exterior gracias al cuerpo de la madre. El parto supone uno de los momentos más anhelados y a la vez más complicados que la mujer logra experimentar. Este hecho sucede hacia la semana 40 de gestación.

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador en el servicio de obstetricia.

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 labores que debe de ejecutar el celador en el servicio de obstetricia de manera diaria son:

Desplazarán a las mujeres gestantes al área de partos cuando les indiquen el personal del servicio.

El transporte de las pacientes se efectuará siempre en su cama asignada, confirmando siempre que llevar con él la historia clínica de la mujer gestante.

Por los nervios que las mujeres gestantes llevan consigo mismas por la llegada del bebé al mundo, los celadores deberán aprovechar el traslado hasta el servicio de los paritorios para tranquilizar y sosegar a la futura mamá.

Transportarán con riguroso cuidado la documentación tan variada, como las historias clínicas, las peticiones de pruebas diagnosticas, etc.

Serán los encargados de llevar las muestras que les sean encomendadas, pueden ser de orina, sangre, etc. al laboratorio.

Efectuarán los controles de los horarios de las visitas a las mujeres gestantes y harán que los familiares cumplan las normas que haya en este servicio.

Trasmitirán a los supervisores los deterioros y las irregularidades que pueda padecer este servicio y procurarán solucionarlo lo más rápidamente posible.

Transportarán de la farmacia los objetos que tengan un mayor peso, como por ejemplo: las distintas cajas de los sueros fisiológicos estas serán entregadas al personal sanitario o auxiliar de maternidad.

Efectuarán las tareas en las que sean requeridos por el personal sanitario, siempre y cuando estas queden dentro de sus extensas competencias.

Cuando una mujer gestante llega a las urgencias de maternidad, es el celador quien recibe por primera vez a la mujer gestante y es por lo tanto, la primera persona que tiene el primer contacto con la futura mamá.

Cuando la mujer embarazada se encuentre ya registrada en el área de admisión, el celador será el encargado de prestarle una silla de ruedas y movilizarla hasta el área ginecológica para que ya sea explorada por el personal sanitario.

Una vez terminada la exploración de la mujer gestante, la valorarán el personal sanitario y ellos decidirán y si es necesario la dejarán ingresada, además será el celador el responsable de trasladar a la mujer gestante a la planta correspondiente en la silla de ruedas o en una camilla, siempre dependiendo de la situación en la que se encuentre.

Si el ingreso no se efectuase pero si se le debe de hacer alguna prueba en específico, el celador efectuará el traslado hasta el servicio que corresponda o que le indiquen el personal sanitario.

En función de la cantidad de urgencias que haya en ese momento, el celador podrá transportar a la mujer embarazada directamente al área de ginecología sin pasar por el área de admisión, eso sí, mas tarde este debe comunicárselo al personal sanitario.

El paritorio o servicio de obstetricia es el área donde se le ofrece ayuda a la mujer en el momento de dar a luz, además de ser el lugar donde llegan las mujeres gestantes cuando ya se encuentran en las ultimas semanas de su embarazo, aquí se le realiza la prueba de monitorización, para escuchar las constantes vitales a sus bebes.

Entre las diferentes labores de los celadores en el servicio de paritorios, las más importantes son la introducir y retirar a las mujeres parturientas de la zona de partos una vez haya nacido su bebe.

Si la situación de la parturienta lo necesita, el traslado al paritorio, lo efectuará acompañada del personal de enfermería.

Una vez concluido el proceso de parto, el celador será precisado para efectuar el

traslado de la madre desde la mesa de partos a la cama, más tarde se realizara el traslado efectuará al box, donde esperará el tiempo que el personal sanitario crea necesario.

El celador debe de ser muy cuidadoso y debe de conseguir evitar los movimientos bruscos que le puedan afectar al bebé o a la reciente mamá.

El celador será el encargado de transportar hasta la habitación en la misma cama a la madre y al hijo.

5 Discusión-Conclusión

Momentos antes de que comience el parto, la mujer puede sufrir una importante ansiedad a esta hay que añadirle además el dolor tan intenso y además interno que le causan las contracciones o el simple hecho de encontrarse de parto. Por lo cual es muy importante que la mujer embarazada sienta el apoyo moral que el celador le pueda dar, mientras le efectúan el traslado al área de partos.

El celador debe de ayudar a que la ansiedad que siente la mujer disminuya, además también intentará trasladarle tranquilidad y calma, esto ayudará a que el proceso de parto sea más ameno.

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. Libros e eBooks, descuentos y envíos gratis. (s/f). casadellibro. Recuperado el 25 de agosto de 2023, de <https://www.casadellibro.com/>.
3. Portada - Cuidados 2.0. (s/f). Gva.es. Recuperado el 25 de agosto de 2023, de <https://cuidados20.san.gva.es/>.

Capítulo 547

LAS FUNCIONES QUE DEBE DESEMPEÑAR UN CELADOR ANTE UN PACIENTE EN ESTADO TERMINAL

JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO

RAQUEL GARRIDO CALA

FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN

FERNANDO JIMENEZ

REMEDIOS LIZCANO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la Sociedad Española de cuidados paliativos, describen a los pacientes terminales como aquellos pacientes que tiene una enfermedad incurable y que actualmente siguen en progreso y a una gran velocidad y es por esta razón que tienden a tener un pronóstico vital limitado o muy limitado y además se encuentran en un estado reservado.

Estos pacientes en fases terminales, son enfermos que no han tenido ningún resultado o alguna mejoría con los distintos medicamentos que sus propios médicos especialista les han estado administrando a lo largo de la enfermedad.

Por estos motivos tanto los médicos como los propios pacientes y sus familiares esperan la muerte en un tiempo mínimo y a veces máximo de 3 a 6 meses.

El trato que se debe de tener con estos enfermos que tiene una enfermedad terminal es de ya no mirar el curarlos, sino conseguir darles los cuidados necesarios que en estos momentos tan difíciles necesitan como darles una ayuda psicológica y conseguir quitarles los dolores.

A este tipo de pacientes hay que cuidarlos no solo físicamente si no psicológicamente también ya que están en una de las etapas más duras, pero no solo para el enfermo que está sufriendo, sino también para los acompañantes y familiares que se encuentran con él, ya que los familiares son espectadores externos de lo que le está sucediendo al paciente.

2 Objetivos

Explicar cuáles son las actitudes y las labores que deben de cumplir los celadores ante estas situaciones.

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 este apartado vamos a explicar cuáles son las diferentes funciones que el celador debe de ejecutar ante el paciente terminal:

El celador proporcionará una gran observación de manera continuada y además personalizada junto con las auxiliares, desarrollando y conservando así la dignidad del enfermo.

Realizarán a los pacientes una higiene diaria y constante además de mantener limpia la unidad del enfermo.

El habitáculo del enfermo es todo aquello que le corresponde al paciente; por ejemplo, su mobiliario y todo aquel instrumental que el enfermo utilice o que necesite.

Vigilarán el comportamiento de los familiares ante algunas situaciones que se puedan dar así como cuidarán de los comentarios que puedan decir.

Los celadores tienen que mostrar empatía, para lograr conseguir comprender tanto a los familiares como a los enfermos que se encuentran en estas situaciones tan críticas.

Deberán estar atentos y prestar atención ante las distintas necesidades psicológicas que presente el enfermo e intentar comprenderlo.

Los enfermos terminales pasan por cinco fases antes de la aprobación de la muerte, pero no todos los enfermos logran pasar por las 5 fases aunque casi todos pasan por al menos 2 de ellas.

La primera etapa a la que se enfrenta el paciente es la negación, es un enfrentamiento que tiene el enfermo ya que este no acepta la enfermedad.

La segunda fase con la que se encuentra el paciente es la de la ira, el paciente en esta etapa siente pena, disconformidad, además de coraje.

La tercera etapa con la que se topa el paciente es la de negociación, en esta fase el enfermo empieza a digerir el triste desenlace pero intentará posponer y prolongar el enlace final.

Y la cuarta y quinta fase son las más duras ya que se trata de la aceptación del paciente ya ha aceptado el trágico destino que le espera, la muerte.

Cada persona es un mundo diferente y por lo tanto, cada persona pasa por un duelo distinto.

En estos casos el celador de este servicio tiene que tratar a cada enfermo de una manera distinta, pero siempre teniendo en cuenta las creencias de cada uno.

El celador respetará el espacio que los acompañantes y familiares de los pacientes le puedan llegar a pedir.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión sobre los distintos comportamientos y sobre las diferentes funciones que el celador debe de tener.

El celador es una parte esencial dentro del grupo de sanitarios que se localizan cuidando al paciente en el estado terminal de sus últimos alientos de vida.

El celador junto con el equipo de sanitarios buscarán la comodidad del enfermo en la fase terminal ante todo lo demás, por eso deben de tener unos objetivos claros ante este tipo de pacientes.

Para poder ofrecerle unos cuidados más específicos a cada uno de los enfermos, el celador tiene que saber en qué etapa se encuentra el enfermo, y así poder lograr que el celador se ponga en el lugar del paciente y poder tener empatía por él.

Los celadores tienen que recibir una formación específica sobre cuidados paliativos, de esta manera se logra conseguir que los pacientes se encuentren como

en su casa.

Con esta formación cooperamos a que los celadores puedan realizar un correcto trabajo y consigamos además que puedan ofrecer ayuda al personal sanitario, a los enfermos terminales y a sus familiares.

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. World health organization (WHO). (s/f). Who.int. Recuperado el 25 de agosto de 2023, de <https://www.who.int/>.
3. Oposiciones.es. (2021, julio 20). Oposiciones.es. <https://oposiciones.es/>.

Capítulo 548

LAS DIFERENTES FUNCIONES QUE DEBEN DE DESEMPEÑAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO

RAQUEL GARRIDO CALA

FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN

FERNANDO JIMENEZ

REMEDIOS LIZCANO

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): Anatomía patológica es la ciencia que examina las distintas bases morfológicas de las diferentes enfermedades que hay en el mundo.

Aunque hay varios indicios de que se pudieron realizar alguna autopsias antes de Cristo, el italiano Antonio Di Paolo Benivieni mas o menos en la franja 1443-1502 realizó los primeros escritos sobre los diferentes resultados de las autopsias, y gracias a estos estudios y a los distintos escritos se logró conocer y conseguir estudiar muchas de las enfermedades que conocemos hoy en día.

La primera autopsia que se realizó en Praga fue en el año 1600 por el catedrático y médico de la universidad de Wittenberg Jan Jesenius.

El área de anatomía patológica lleva el mismo tiempo activa que la medicina, ya que en anatomía patológica lo que se realiza es estudio directo sobre el órgano enfermo.

Hacia el año 1958 se creó la sociedad española de anatomía patológica, sobre la década más o menos de los 60 se establece la especialidad en los distintos centros hospitalarios de la seguridad social.

La formación sobre la anatomía patológica a avanzado con el paso de los tiempos y han ido incorporado distintas técnicas, una de ellas es, por ejemplo, el microscopio. Pero uno de los más importantes es el de las técnicas moleculares que gracias a él podemos realizar diferentes estudios para así saber un poco más sobre las diferentes patologías que tiene la enfermedad del cáncer.

2 Objetivos

Conocer las diferentes tareas que realizan los celadores en este servicio en su día a día.

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 este capítulo queremos enseñar la gran importancia que tienen las funciones del celador en esta zona de trabajo, iniciando las funciones mas importantes por la labor de transportar el cadáver y continuando por el transporte de este hasta la sala de las autopsias o mortuorios.

Una vez en la sala de autopsias tendremos dos alternativas, la primera es que al llegar a la sala de autopsias no se le vaya a realizar la autopsia en ese preciso momento, sino que se la realizarán más tarde. En ese caso el celador deberá dejar el cadáver en una de las cámaras frigoríficas hasta que se le dé un nuevo aviso. La segunda alternativa que tienen, es que la autopsia se vaya a realizar en ese preciso momento, entonces el celador tiene la responsabilidad de acomodar el

cadáver sobre la mesa donde se le vaya a efectuar la autopsia, por la parte del celador del servicio de anatomía patológica las principales y elementales labores serán de auxiliar al medico anatomopatólogo o médico forense.

Las funciones de los celadores se dividen en tres partes diferentes pero a la vez muy importantes.

La primera parte son las funciones antes de la autopsia.

El celador deberá quitar el cadáver de la cámara frigorífica, luego se ejecutará el traslado del cadáver, siempre deben ir debidamente identificados con su nombre y apellidos, en un lugar que sea totalmente visible y además se encuentre en el cuerpo del fallecido. el celador del área de anatomía patológica tiene como una de las principales labores la de estructurar el cadáver en la mesa de autopsias. este será el encargado de desamortajarlo y posicionarlo en la correcta postura, una vez se encuentre encima de la mesa de autopsias.

La segunda fase importante son las labores que se van realizan durante la autopsia.

El celador de este área, tendrá una de las labores más importantes, prestará su ayudar a los profesionales titulados a la efectuación de todas aquellas practicas que no implica en ningún momento la utilidad del instrumental sobre el cadáver. Atenderá a la realización de los movimientos que le sean manifestados por el médico forense, en aquellas practicas con los distintos instrumentos que no estén definidos para una persona fallecida, son indispensables para la realización de la autopsia.

Los órganos del cadáver son pesado por el celador del área de anatomía patológica, el celador será el único responsable de registrar el peso y además de introducirlos en los diferentes cubos herméticos que le señale el médico forense.

Al celador de esta área se le confiará el completar al cadáver con papel, cuando el médico forense le haya extraído los órganos para estudiarlos

La tercera parte más importante de la autopsia.

El celador de este área se cuidará de asear y restaurar el cadáver para que este quede bien y además también para que pueda llevar a cabo el amortajamiento, siempre y cuando se le haya realizad la autopsia deberá limpiar la sala, la mesa y el instrumental utilizado en la autopsia.

Trasladarán las diferentes muestras que se hayan reunido en la autopsia y las transportarán al servicio de anatomía patológica.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que las labores que efectúan celadores son prácticamente iguales o parecidas a las diferentes labores del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, ya que debe obedecer constantemente y en todo momento a las instrucciones que le pueda dar el médico forense o sus diferentes superiores.

El celador tiene que cumplir a la perfección la norma de no utilizar ninguno de los diferentes instrumentos sobre el cuerpo sin vida del cadáver.

Y para concluir esta publicación cabe destacar que en esta área hay que tratar el cadáver con mucho respeto y con la educación que en ese momento se necesita.

6 Bibliografía

1. <https://oposiciones.es/>.
2. World health organization (WHO). (s/f). Who.int. Recuperado el 25 de agosto de 2023, de <https://www.who.int/>.
3. <https://www.ifp.es/>.

Capítulo 549

LA GESTIÓN DE CITAS DE ESPECIALISTA POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SESCOAM

CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO

M^a DEL PILAR CORTES MENDOZA

LAURA MONTERO MARTÍNEZ

1 Introducción

Cuando un paciente acude al médico de atención primaria con alguna patología, y el facultativo agota todas las posibilidades de las que dispone, este podrá derivarle a un especialista, si lo cree necesario, para un examen más completo.

Una vez que el paciente tiene la orden del médico de atención primaria, será el auxiliar administrativo, bajo la dirección médica, quién ejecute esa orden. Para ello, el auxiliar administrativo usará el programa de citaciones MAMBRINO XXI. MAMBRINO XXI es un sistema de información hospitalario basado en la historia clínica electrónica única del paciente que se puso en marcha en el Servicio de Salud de Castilla la Mancha en 2012, tanto a nivel hospitalario como en centros de salud. Con este programa se pretende facilitar el acceso de los facultativos a los resultados de las diferentes pruebas realizadas a cada paciente.

Cabe mencionar que, aunque todos los facultativos pueden acceder a este programa y, por consiguiente, a la historia clínica de cada paciente, los médicos de

atención primaria tienen unas limitaciones a la hora de pautar ciertas pruebas, al igual que el auxiliar administrativo de atención primaria a la hora de agendar una cita con algún especialista o alguna prueba.

Este capítulo está enfocado a la citación de auxiliar administrativo en atención primaria y el uso del programa de citaciones de SESCOAM.

2 Objetivos

- Explicar el funcionamiento del programa hospitalario MAMBRINO XXI.
- Indicar el trabajo que realiza en atención primaria el auxiliar administrativo a la hora de agendar citas para especialistas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Cuando el facultativo de atención primaria, bajo su valoración médica, ha derivado al paciente a algún especialista, le proporcionará un volante de citaciones para que así, el auxiliar administrativo pueda agendarle una cita con el especialista indicado o para realizar alguna prueba.

A la hora de citar un especialista o una prueba a realizar en el hospital, el auxiliar administrativo dispone de varias pestañas en el programa MAMBRINO XXI, para acceder a las diferentes funciones.

Como regla general, el auxiliar administrativo de atención primaria usa principalmente tres pestañas: “multicita”, “genérica” y “prestaciones”. Desde que se comenzó a usar MAMBRINO XXI, cualquier prueba o especialidad se citaba en la pestaña genérica; sin embargo, en el primer trimestre de 2023 se creó la pestaña “prestaciones” para citar la primera consulta de cualquier especialista, ya que se implantó unas listas de espera para las citas de especialista que sobrepasaran los 90 días de espera.

A través de estas listas, el paciente tiene una cita agendada con su especialista, pero en principio sin una fecha concreta; el hospital se pondrá en contacto con el paciente vía mensaje de texto, llamada telefónica o carta para proporcionarle el día y hora de la fecha agendada.

En la pestaña “genérica”, el auxiliar administrativo podrá citar las pruebas prescritas por el médico de atención primaria, como por ejemplo radiologías, colonoscopias, gastroscopias, entre otras, al igual que también pueden citar pruebas ginecológicas o de obstetricia, así como consultas sucesivas (revisiones) pautadas por el especialista, con su correspondiente volante de citaciones.

Con respecto a la pestaña denominada “multicita”, el programa MAMBRINO XXI tiene la funcionalidad de programar diferentes citas de especialidades o pruebas, todas establecidas en el mismo día. Es un método muy usado si el médico le ha pautado una prueba y su posterior consulta con el especialista para ver los resultados, ya que se podría hacer ambas cosas en el mismo día, lo que, en muchos casos, supone una comodidad para el paciente.

Sin embargo, existe una serie de consultas que el auxiliar administrativo de atención primaria no puede citar. En estos casos, tenemos dos posibilidades: que el paciente acuda al servicio de citaciones del hospital para solicitar su cita, o mandarla vía web; en este último caso, el hospital nos programará una cita, según la disponibilidad de la agenda, y posteriormente el auxiliar administrativo del centro de salud se pondrá en contacto con el paciente para transmitirle la información de la cita con fecha y hora.

5 Discusión-Conclusión

La implantación de MAMBRINO XXI en todos los centros sanitarios, ha sido un gran avance tecnológico; los facultativos podrán ver toda la historia clínica del paciente, sin necesidades de buscar en archivos físicos, con la problemática que esto conlleva, ya que, en ocasiones, los documentos se acaban extraviando al pasar de unos departamentos a otros.

Para el auxiliar administrativo, el uso de MAMBRINO XXI en atención primaria ha sido un gran paso a nivel profesional. Este programa les permite realizar parte del trabajo de citaciones de atención especializada, sirviéndoles de apoyo a este departamento para así hacer frente al aumento de volumen de trabajo, a la vez que enriquecen su formación.

6 Bibliografía

1. Mambrino XXI: Historia Clínica Electrónica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete [Internet]. Disponible en: https://www.chospab.es/mambrino/video_promocion/intro.htm.
2. Artículo publicado en la página oficial del Servicio de Salud de Castilla la Mancha. [Internet] [10 de junio de 2016]. Disponible en: <https://sanidad.castillalamancha.es/saladeprensa/notas-de-prensa/el-gobierno-regional-completa-la-implantacion-de-la-historia-clinica>.
3. Información proporcionada por auxiliares administrativos de atención primaria.

Capítulo 550

FUNCIONES DESARROLLADAS POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ALMACÉN DEL CENTRO HOSPITALARIO

MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO

ANA MARIA CARPIO ACEDO

GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO

NIEVES BERMEJO PARRAS

MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE

1 Introducción

El servicio de suministros de los centros hospitalarios es el encargado del aprovisionamiento y la gestión de los recursos materiales necesarios para el funcionamiento del hospital. Ello implica la adquisición, almacenamiento y distribución de suministros sanitarios y no sanitarios, equipos, medicamentos y cuantos materiales sean necesarios para el correcto funcionamiento del hospital. Este servicio suele estar compuesto por unidades de compras, almacén y contratación. Su función principal es adquirir y gestionar todos los productos que se consumen en el centro hospitalario, garantizando que haya suficientes suministros disponibles para el correcto funcionamiento de los servicios de salud y que estos estén gestionados bajo criterios de eficiencia. El Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el

que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, en su artículo 15 establece que la gestión de los suministros se adscribe a la División de Gestión y Servicios Generales

Por otra parte, el almacén del centro hospitalario es el lugar físico en el que se almacenan y se organizan los suministros materiales adquiridos por el servicio de suministros para el funcionamiento del hospital, desde esta área se reciben, se registran, se almacenan y se distribuyen los suministros a las diferentes unidades o servicios del hospital según sus necesidades

Los auxiliares administrativos, junto con el resto de personal que trabaja en el almacén hospitalario, tienen la tarea de recibir y verificar la mercancía, de controlar el inventario, de coordinar la distribución de los suministros y de mantener un registro detallado de las entradas y salidas.

2 Objetivos

- Analizar y exponer los objetivos y el funcionamiento de los almacenes de los centros hospitalarios.
- Describir las principales funciones desarrolladas por los auxiliares administrativos que desempeñan su labor dentro de los almacenes hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “servicio de suministros” “almacén hospitalario” o “auxiliar administrativo en almacén hospitalario”.

4 Resultados

Son muchas y muy variadas funciones, responsabilidades y tareas que realizan los auxiliares administrativos en los almacenes hospitalarios. Con la realización de estas tareas, el auxiliar administrativo colabora con el resto del equipo de

trabajo del almacén al correcto funcionamiento de este y del hospital mismo. A continuación, se exponen las funciones más cotidianas y relevantes:

- La mecanización de las entradas de los productos en el almacén: Una vez recepcionada la mercancía y tras la comprobación de que el albarán del proveedor se corresponde con la mercancía que va a entrar en el almacén, esta tarea supone el registro informático de la información sobre los productos en el parte diario de Registro de Entrada. El auxiliar administrativo introduce datos como el nombre del proveedor, el número de referencia del producto, las unidades que entran, la fecha de caducidad y otras características relevantes y si existe alguna incidencia la debe anotar en el apartado dedicado a las observaciones. Debe verificar si la mercancía necesita condiciones especiales de almacenamiento. El destino de los productos puede ser el propio almacén o cualquier servicio del hospital cuando la mercancía no es almacenable.
- La mecanización de salidas de productos del almacén: Esta función es similar a la función de mecanización de entradas. Supone registrar informáticamente los productos que salen del almacén para distribuirlos al servicio o unidad correspondiente.
- La reclamación de la mercancía pendiente de llegada: En el caso de que el personal de almacén detecte que hay mercancía pendiente de ser entregada por los proveedores, el auxiliar administrativo será el responsable de la reclamación de esta mercancía pendiente a los proveedores, coordinándose con ellos para garantizar la próxima recepción de los productos.
- La notificación de las devoluciones al jefe de almacén: Si el personal de almacén detecta alguna incidencia en los productos recibidos, como daños, roturas o discrepancias en los pedidos, el auxiliar administrativo debe informar al jefe de almacén para resolver la situación, que puede ser devolver la mercancía o corregir el pedido.
- La generación, impresión y cierre de los albaranes de salida: El albarán de salida es un documento que refleja los productos que salen del almacén y se entregan a otros servicios o unidades hospitalarias. El auxiliar administrativo debe generar, imprimir y cerrar la salida de productos mediante la cumplimentación de estos albaranes.
- La gestión de los albaranes con los proveedores en caso de incidencias: En caso de que se detecten problemas o discrepancias con los productos entregados por los proveedores, el auxiliar administrativo debe comunicarse con ellos para resolver la situación y asegurarse de que los pedidos estén correctos.
- La impresión de etiquetas de las estanterías: El etiquetaje de los productos en las estanterías del almacén facilita su identificación y acceso. El auxiliar adminis-

trativo del almacén hospitalario es el encargado de imprimir las etiquetas correspondientes que se pondrán en las estanterías, con ello, los productos del almacén estarán organizados y serán fácilmente localizables.

- La elaboración de las etiquetas de devolución del material: Cuando hay que devolver algún material a los proveedores, el auxiliar administrativo será el encargado de la preparación de las etiquetas y de la documentación necesaria para la realización del trámite de devolución.
- El control de stocks e inventario: El auxiliar administrativo debe registrar los datos de los productos en el inventario, asegurándose de que la información que contiene sea precisa y esté actualizada. El control de stocks es fundamental para el funcionamiento eficiente del centro hospitalario.
- La impresión de toda clase de listados: Los listados pueden tomar muchas formas como listas de productos almacenados, informes de inventario, registros de los movimientos de material, etc. El auxiliar administrativo es el encargado de generar e imprimir estos listados cuando le sean requeridos.
- La cumplimentación de todo tipo de documentos: El proceso de gestión de un almacén hospitalario exige en manejo de documentación muy diversa, el auxiliar administrativo será el encargado de realizar la cumplimentación de los documentos generados.
- La preparación de muestras para comisiones técnicas: En algunas ocasiones, se pueden solicitar muestras de los productos almacenados para su evaluación por alguna comisión técnica. El auxiliar administrativo es el encargado de la preparación y de la entrega de estas muestras.

5 Discusión-Conclusión

La función principal del servicio de suministros de un centro hospitalario es asegurar el abastecimiento del material solicitado y necesario para todas los servicios y unidades del centro hospitalario. Garantizar este abastecimiento conlleva el funcionamiento eficiente del almacén, donde se reciben, se almacenan y se da salida a los productos hasta el servicio o unidad destinataria.

Las funciones desarrolladas por el auxiliar administrativo son fundamentales para mantener una circulación eficiente de los productos y materiales que llegan y son depositados en el almacén hospitalario. Con el ejercicio de estas funciones, el auxiliar administrativo asegura que lleguen todos los productos requeridos desde el servicio de suministros, que los materiales estén disponibles cuando se necesiten y que se lleve un registro minucioso de todas las transacciones de materiales que se producen del almacén al resto del hospital. Además,

contribuye a mantener el control de las existencias, garantizando la calidad del almacenamiento y que se cumpla la normativa sobre la conservación de los productos almacenados.

6 Bibliografía

1. Una breve introducción al servicio de suministros de un hospital desde la perspectiva del administrativo y/o auxiliar administrativo [Internet]. III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo”. 2022 [citado el 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://congresosicepa.com/una-breve-introduccion-al-servicio-de-suministros-de-un-hospital-desde-la-perspectiva-del-administrativo-y-o-auxiliar-administrativo/>.
2. de Enfermería Ocronos RM y. Breve aproximación a un servicio de suministros hospitalario desde la visión del administrativo y/o auxiliar administrativo [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/servicio-de-suministros-hospitalario-auxiliar-administrativo/>.
3. Del F, De J, De Almacen S. Funciones y responsabilidades del personal de Almacén General.- [Internet]. Areasaludcaceres.es. [citado el 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.areasaludcaceres.es/docs/files/1444img.pdf>.
4. Ocronos R. El auxiliar administrativo de sanidad en el control de suministros sanitarios [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado el 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-control-suministros-sanitarios/>.
5. Ocronos R. El / la auxiliar administrativo en el servicio de almacén de un hospital [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2023 [citado el 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/objetivos-principales-auxiliar-administrativo-almacen-hospital/>.

Capítulo 551

EL CELADOR Y SU ACTUACION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

JOSE LUIS BENITEZ LASERMA

ALBA ROMERO PARADA

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una sección del hospital que forma parte del servicio de medicina intensiva, donde se ingresan pacientes que se encuentran en estado crítico de salud y necesitan observación, soporte respiratorio y cuidados específicos hasta la estabilización y normalización de sus signos vitales. Estas descripciones se establecen en la clasificación de niveles de atención hospitalaria del Departamento de Salud británico basada en el método APACHE II estudiado por Knaus et al. en 1985.

Debido a que los pacientes con probabilidad de recuperación llegan a la UCI en estado crítico por la gravedad de su patología y requieren una actuación rápida, la UCI está conformada por un equipo de profesionales que brinda soporte vital avanzado (SESCAM, 2005). El celador es un miembro del personal médico que labora en la UCI, y cumple determinadas funciones específicas que se encuentran previstas en el artículo 14, punto número dos, del Estatuto del Personal No

Sanitario, aplicable a las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Servicio. Este estatuto fue promulgado por orden del Ministerio de Trabajo el 5 de julio de 1971, que fue publicada en el B. O. E. un año antes, el 22 de julio.

Todos los pacientes que ingresan en la unidad de cuidados intensivos son pacientes graves, y la mayoría de ellos no pueden moverse o incluso están inconscientes. En consecuencia, su movilidad no puede realizarse de manera repentina, por lo que los celadores deben estar profundamente capacitados en todos los puestos sanitarios y deben estar atentos para cooperar en cualquier cometido que se le asigne en dicha unidad. Esto se puede ver, por ejemplo, en el caso del baño y limpieza del paciente, que son responsabilidades de las enfermeras y auxiliares. Sin embargo, el ordenanza debe estar dispuesto a cooperar siempre que se le indique. Estos deberes y responsabilidades dependen del desempeño competente de estos empleados en la atención hospitalaria.

2 Objetivos

- Describir las funciones que desempeña el celador en la Unidad de cuidados intensivos (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

Se muestra los resultados de este análisis utilizando las guías prácticas y manuales de procedimientos seleccionados, que tuvieron en cuenta tanto la cantidad como la calidad de la información producida anualmente. Según el Estatuto del Personal No Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social del artículo 14.2 publicado en B, el desempeño y las funciones laborales de los celadores en algunos centros hospitalarios de España están regulados por diversos tipos de información que se pueden encontrar en las publicaciones revisadas. O, sin embargo, estas quedan revocadas por la E núm. 174 el momento

en que cada Servicio de Salud de las distintas Comunidades Autónomas regule sus funciones.

Un celador en la unidad de cuidados intensivos realiza una serie de funciones fundamentales utilizando el B. O. Las siguientes se mencionan en la Ley N° 174 de 1971.

- Asistirán al celador en todas sus responsabilidades.
- Están obligados a transportar a los enfermos.
- Están obligados a realizar entrenamiento de fuerza si la unidad así lo solicita.
- Los pacientes necesitan ser lavados y aseados.
- Será necesaria la colocación y retirada de cuñas.
- Deberán hacer sitio a los pacientes fallecidos y trasladar los cuerpos a la morgue.
- Son los encargados de tramitar o realizar las comunicaciones que se les encomienden.
- Si la unidad lo requiere, deberán trasladar cualesquier enseres o muebles.

El celador debe ser capaz de realizar ciertas tareas, incluyendo:

- La posición supina.
- Espaldas.
- La posición supina.
- Rotación.
- Latitudinalmente decúbito.
- Costado.

Por otra parte, dado el estado de los pacientes, en todas las guías y manuales consultados es muy recomendable que los celadores permanezcan debidamente uniformados con batas asépticas, polainas, mascarilla, guantes y gorro cada vez que entren o salgan. Además, en el desempeño de las funciones asignadas, deben tratar de minimizar el ruido innecesario y estar preparados para transportar los equipos y materiales que se les indiquen.

5 Discusión-Conclusión

Tras una revisión de los artículos sobre la actuación del enfermero en la unidad de cuidados intensivos, se puede decir que:

- Los celadores cumplen funciones específicas que están respaldadas por estatutos legales; estas bases legales están contenidas en los manuales de procedimientos de atención primaria utilizados por las redes hospitalarias. En consecuencia, tienen un papel claramente definido en relación con el personal de enfermería y los auxiliares de enfermería que actúan en la unidad de cuidados intensivos.

- Ya que los celadores asisten directamente en la movilidad de estos hacia cualquier unidad dentro del hospital y fuera del mismo, además de ser parte del personal de apoyo, de su atención depende que el paciente en la unidad de cuidados intensivos sea movilizado y trasladado cuando un paciente es trasladado de un centro a otro.

6 Bibliografía

1. Giménez, J. El celador en la UCI. Editorial: Formación Alcalá. ISBN: 9788490512876. 2006.
2. SESCOAM (2005). Guía de acogida al nuevo trabajador. Unidad de cuidados intensivos. Área de salud de Puertollano. Castilla-La Mancha, España.

Capítulo 552

EL CELADOR Y SU PAPEL EN LA PLANTA DE REHABILITACIÓN

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ

JOSE LUIS BENITEZ LASERMA

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

ALBA ROMERO PARADA

1 Introducción

La planta de rehabilitación es un departamento hospitalario dedicado a la atención y tratamiento de pacientes con diversas enfermedades, lesiones o discapacidades que necesitan terapia y atención especializada para recuperar o mejorar su funcionalidad física, cognitiva y emocional. Su objetivo principal es ofrecer servicios completos de rehabilitación para apoyar la reintegración del paciente a las actividades diarias y la independencia, así como la calidad de vida.

En esta planta, se utiliza un enfoque multidisciplinario, que involucra una variedad de especialistas médicos, que incluyen enfermeras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, logopedas, médicos de terapia ocupacional.

Estos especialistas crean planes de tratamiento individualizados en colaboración con las necesidades y objetivos de los pacientes.

El centro de rehabilitación ofrece una variedad de intervenciones terapéuticas, como fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, psicoterapia y actividades de

apoyo social. Además, los pacientes y sus familias reciben instrucción y capacitación para fomentar la independencia y el autocuidado.

La idea detrás del centro de rehabilitación se basa en la idea de que muchas enfermedades, lesiones o discapacidades no necesariamente resultan en una pérdida total de la funcionalidad, sino que pueden tratarse mediante rehabilitación para mejorar la calidad de vida y fomentar la reintegración social. De esta forma, pretende maximizar las capacidades restantes del paciente, al mismo tiempo que fomenta la adaptación y la adquisición de nuevas habilidades.

2 Objetivos

- Describir las funciones de un celador en la planta de rehabilitación de un centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica actualmente publicada. Las bases de datos principales, 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

Dado que su trabajo ayuda a que el área funcione de manera efectiva y segura, el celador es esencial para la planta de rehabilitación. A continuación se muestra una lista de algunos de las funciones que el celador lleva a cabo para este grupo:

- Traslado de pacientes: El celador es el encargado de acompañar y trasladar a los pacientes de sus habitaciones a las áreas de terapia y viceversa. Está a cargo de asegurarse de que los pacientes sean transportados de manera segura, empleando las herramientas adecuadas cuando sea necesario y ofreciendo la asistencia necesaria durante el transporte.
- Apoyo en logística: El celador trabaja con otros para administrar los materiales y suministros necesarios para los tratamientos de la planta y otras actividades. Es capaz de administrar la distribución de suministros, como equipos médicos, ropa de cama, medicamentos y otros artículos necesarios en varios entornos de rehabilitación.

- Apoyo durante las terapias: El celador puede participar en las sesiones de terapia ofreciendo la asistencia logística y física necesaria. Podrá, por ejemplo, ayudar con la configuración y el desmontaje del equipo, configurar el entorno terapéutico, ayudar con la movilización del paciente y, en general, apoyar a los pacientes y terapeutas.
- Mantenimiento de la limpieza y el orden: El celador es fundamental para la limpieza y el orden de la planta de rehabilitación y el responsable de mantener las áreas comunes limpias y libres de gérmenes, asegurándose de que cumplan con las normas de seguridad y estén libres de obstrucciones.
- Apoyo emocional: Durante la estancia de un paciente en el centro de rehabilitación, el celador puede ofrecerle apoyo emocional. Puede construir una relación de confianza con ellos, prestar atención a sus preocupaciones y estar ahí para ellos cuando las cosas se pongan difíciles.
- Colaboración en emergencias: En caso de emergencia médica, el celador contribuye activamente a la evacuación del paciente y la implementación de procedimientos de seguridad. En circunstancias urgentes, su conciencia de su entorno y su capacidad de compostura son cruciales.

Para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes en la unidad de rehabilitación, es fundamental seguir algunas pautas. Algunas sugerencias importantes incluyen:

- Comunicación efectiva: mantener líneas abiertas de comunicación con los pacientes, sus familias y el personal médico. Proporcionar información sobre los planes de tratamiento, prestar atención a las inquietudes de los pacientes y atender sus necesidades se incluyen en esta categoría.
- Seguridad ambiental: Mantener el área libre de peligros para reducir el riesgo de accidentes y caídas. Esto implica asegurarse de que los pasillos estén libres de obstrucciones, usar barreras de seguridad cuando sea necesario y permitir un fácil acceso a las herramientas y equipos de rehabilitación.
- Adherencia al protocolo: Para asegurar que las terapias y tratamientos se aplican correctamente, cumplir con los protocolos y procedimientos establecidos. Esto incluye el uso de equipos, la administración de medicamentos y el cumplimiento de las normas de seguridad e higiene.
- Monitoreo y registro: Vigilar de cerca el progreso de sus pacientes y registre con precisión cualquier dato pertinente. Esto facilita la evaluación del estado del tratamiento, la detección de problemas potenciales y el cambio del plan de tratamiento según sea necesario.
- Apoyo emocional: Ofrecer a los pacientes apoyo emocional a lo largo de su proceso de rehabilitación. Esto implica prestar atención a sus preocupaciones, ofre-

cer apoyo e inspiración y facilitar la participación de los familiares en el proceso de curación.

- Coordinación interdisciplinaria: Trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud, como médicos, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, para garantizar una atención integral y coordinada. Esto implica intercambiar información pertinente y trabajar juntos en la creación e implementación de planes de rehabilitación.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo del celador en el centro de rehabilitación es crucial para garantizar un entorno seguro y eficaz. Su trabajo se centra en el traslado de pacientes, apoyo logístico, ayuda en terapias, mantenimiento de aseo, apoyo emocional y cooperación en situaciones de emergencia. Sus esfuerzos ayudan a la el bienestar de los pacientes y el buen funcionamiento del centro de rehabilitación. Estas sugerencias ayudan a crear el mejor entorno posible para la atención del paciente en la unidad de rehabilitación, fomentando su curación y bienestar general. De esta forma, pretende mejorar las capacidades remanentes del paciente y favorecer la adaptación y adquisición de nuevas habilidades.

6 Bibliografía

1. Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de rehabilitación.

Capítulo 553

EL CELADOR Y SU FUNCIÓN EN UN ALMACÉN

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

JOSE LUIS BENITEZ LASERMA

ALBA ROMERO PARADA

1 Introducción

Cuando los suministros externos no se utilizan para los fines previstos, se pueden almacenar temporalmente en el almacén. Para recibir, preparar y almacenar los pedidos realizados, debe estar en las debidas condiciones. Debe ser lo suficientemente grande para acomodar áreas para recibir y controlar entradas, preparar y retirar mercancías y almacenar esas mercancías.

Al menos dos almacenes están presentes en cada hospital:

- Instalación de almacenamiento general.
- Un centro de distribución de farmacia.

Ni que decir tiene que se puede crear un único almacén en un centro de salud o dentro de las especialidades, pero en los grandes hospitales suele estar diversificado en muchos almacenes sectoriales, como por ejemplo:

- Almacenes para material de oficina y productos sanitarios.
- Almacén de mobiliario

- Almacén de lencería

Estos se pueden separar aún más. Por ejemplo, un baño con suministros médicos, materiales de tratamiento, etc.

Se asignan las siguientes categorías a los almacenes sanitarios:

- De productos destinados a ser utilizados directamente sobre el paciente, tales como instrumentos, apósitos y equipos).
- Elementos de apoyo (ropa blanca, material de oficina, mantenimiento) necesarios para el funcionamiento del centro.).

Para evitar el movimiento innecesario de personal por sus dependencias, los almacenes sanitarios deberán estar separados del resto de instalaciones del centro. El suministro, custodia y distribución de materiales son las funciones principales de un almacén.

2 Objetivos

- Explicar la finalidad del almacén del centro hospitalario.
- Describir las funciones del celador en las instalaciones de almacenamiento de un hospital.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica del cuerpo actual de literatura científica como parte de la investigación para el desarrollo del presente trabajo.

Las tres 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 almacén ejecuta las tareas cruciales que se enumeran a continuación:

- Solicitar que se repongan los distintos productos.
- Tomar posesión y mantener el control de los bienes del hospital.
- Abastecimiento: asegurarse de que el centro disponga siempre del número adecuado de los productos necesarios. Adquirir actividades y servicios esenciales para el funcionamiento efectivo de la institución.
- Realización de pedidos.

- Distribución: planificar las actividades de recepción de la mercancía y su posterior distribución a los diferentes servicios y unidades del hospital.

- Control de consumo.

El Real Decreto Ley 3/87 sobre retribuciones, modificado por acuerdo del Consejo de Ministros de 29 de junio de 1990 (aprobado por resolución de 17 de julio de 1990), contempla la figura diferenciada del encargado de almacén.

Estas son las funciones principales de los celador de almacén:

- La recepción fundamental de la mercancía, junto con la inspección cualitativa y cuantitativa del albarán de entrega. - La notificación de la el rechazo del producto al responsable por no adecuación al pedido, falta de identificación u otros factores.

- Entregar el papeleo de ingreso a la oficina administrativa.

- Entrega de los paquetes al almacén.

- En el almacén:

- Colocación de las mercancías en los lugares adecuados.

- Notificación de la reducción o agotamiento de productos para que se puedan tomar acciones para reponerlos.

- Verificación interna de comprobantes de pedidos de suministros.

- Elaboración de órdenes internas.

- La distribución de órdenes internas.

- Realizar el recuento de existencias de inventario.

Dado que la eficiencia y la velocidad son objetivos cruciales en la distribución de materiales, el celador debe ser resolutivo, eficiente y seguro en su trabajo.

Ni que decir tiene que se puede crear un único almacén en un centro de salud o dentro de las especialidades, pero en los grandes hospitales suele estar diversificado en muchos almacenes sectoriales.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver, el almacén juega un papel importante en un hospital. Problemas reales pueden surgir de una mala organización. Como resultado, es crucial comprender cómo funciona el almacén para evitar eventos inesperados.

Una vez entregados en almacén, los materiales solicitados son recibidos, controlados, revisados y clasificados antes de ser almacenados y colocados en las distintas áreas de almacenamiento para que estén listos para ser distribuidos a los distintos servicios que lo soliciten. Luego de la presentación de la solicitud de material, es responsabilidad de los celadores de almacén preparar y entregar los pedidos.

Asimismo, deberá recoger las devoluciones que pudieran deberse a un error en el pedido o en la entrega de los materiales solicitados.

6 Bibliografía

1. <https://1library.co/document/zx0617oz-introduccion-funciones-celadoralmacen-suministros.html>.
2. <https://andalusascom.files.wordpress.com/2018/02/muestra-temarioespecc3adfico-y-test.pdf>.

Capítulo 554

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE SUMINISTROS : ALMACÉN HOSPITALARIO

PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ

ANA CRISTINA GALLEGO CASTILLO

LAURA SEPÚLVEDA ANGULO

GEMA BELEN PALOMINO ESCRIBANO

JAVIER SEPULVEDA CICUENDEZ

1 Introducción

Para entender las funciones que realiza el celador en el servicio de suministros debemos conocer que es un almacén de hospital y qué funciones desempeña.

Normalmente, en los centros de salud o en los hospitales encontraremos uno o varios almacenes dependiendo del espacio que tengan disponible.

El almacén es el lugar donde se guardan los materiales necesarios para el buen funcionamiento del hospital o servicio sanitario.

A la hora de diseñar un almacén hospitalario, hay que tener en cuenta la optimización del espacio disponible, ya que este tiene que estar preparado para guardar y recibir toda la clase de mercancías.

Las funciones que se llevan a cabo en un almacén hospitalario son:

- Aprovisionar todos los productos necesarios, previamente solicitados o proveedores externos, para que se pueda llevar a cabo la actividad sanitaria.

Estos productos pueden ser externos o internos.

- Externos: son los que llegan al almacén desde fuera y de distintos proveedores.

- Internos: son los que se distribuyen desde el almacén de hospital a distintas plantas y servicios.

Dentro del almacén se lleva a cabo el control de calidad y la preparación de los pedidos, ya que su función principal es el aprovisionamiento, custodia y distribución de los materiales.

Normalmente en los centros de salud u hospitales nos encontraremos con dos tipos de almacenes: uno será para el almacenamiento general, donde se puede dividir en distintos apartados para guardar material quirúrgico, aparatos, lencería, etc. El otro será el de farmacia, que sirve para guardar los medicamentos.

2 Objetivos

- Detallar lo que es un almacén de hospital y cómo funciona.

- Conocer las funciones que realiza el celador en el servicio de suministros y cuál es la ley que lo ampara.

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”, “almacén de suministros”, 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 figura del celador encargado del almacén, a pesar de ser personal no sanitario, está representada en el acuerdo del consejo de ministros de 26/06/1990, que modifica el real decreto ley 3/1987, de 11 de septiembre.

- El celador es el encargado de la recepción de las mercancías o suministros externos. Al recibir la mercancía en el almacén, el celador debe de tomar los siguientes datos: número de pedido y nombre del proveedor. El camionero entregará al celador junto con la mercancía el albarán de entrega donde figuran todos los productos entregados, y después, lo registrará en la sección administrativa.
 - Es el encargado de revisar los materiales recibidos a través del etiquetado asignado a cada producto, su código, así quedará guardado de una forma ordenada para su posterior entrega a las distintas unidades y servicios del hospital.
 - Se ocupa de cargar y descargar los materiales.
 - Es el encargado de poner los materiales recibidos en las estanterías del almacén, optimizando bien el espacio y colocando todo de forma ordenada y accesible a todos los materiales para facilitar la realización del inventario. La capacidad de almacenaje tiene que estar aprovechada lo máximo posible y tener una buena rotación controlada del stock. Esta es una de las tres tareas más importantes del celador de almacén, ya que con ella se controla todo el material que hay de reserva y se controla lo que hay que pedir para no quedarse sin productos.
 - Comprobará que el comprobante del pedido se ha rellenado correctamente, y debidamente firmado por el responsable oportuno.
 - Organiza y distribuye los suministros internos a las plantas y servicios del hospital.
 - Se ocupa diariamente de hacer el inventario del material, tanto del que entra, como del que sale, informando siempre al responsable del almacén.
 - El celador de almacén, también participa en el inventario general.
 - Revisará que todos los productos recibidos se encuentran en buen estado, y si no lo están, se le devolverían al proveedor.
 - El celador podrá colocar la mercancía de distintas formas dependiendo del tamaño del almacén.
 - En palés de manera automática o manual.
 - Controlar los artículos por peso.
 - Tener posibilidad de mezclar los artículos en un hueco.
- Existen varias formas de colocar los materiales en el almacén:
- Almacenarlos en bloque
 - Almacenaje a granel

- Almacenaje ordenado (cada cosa en su espacio)
 - Almacenaje desordenado (usando cada hueco libre que haya en ese momento en las estanterías).
- Lo más habitual es usar una combinación de los dos tipos de almacenaje, según el espacio que tenga el almacén del hospital.
- El celador tiene que tener los medios físicos adecuados y tenerlo todo ordenado para facilitar la localización del producto cuando este sea solicitado.

5 Discusión-Conclusión

La principal función del almacén en un centro hospitalario es garantizar que no falten ni suministros, ni repuestos en todas las áreas, y que tengan un precio lo más asequible posible.

Las tareas del celador de almacén son muy importantes, ya que es él quien se encarga de:

- Recibir las mercancías.
- Comprueba que el número de bultos es el mismo que indica el albarán.
- Revisa que el material recibido está en buenas condiciones.
- Coloca la mercancía en las estanterías de manera efectiva para tenerla lista para su distribución en las distintas áreas del hospital de manera eficiente.
- También se encarga de realizar el inventario diariamente para que no falte de nada.

Todo este trabajo lo debe realizar con mucho cuidado y rapidez para poder ofrecer un buen servicio.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-servicio-almacen>.
2. <http://celadoresonline.blogspot.com/>.

Capítulo 555

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN

GEMA BELEN PALOMINO ESCRIBANO

LAURA SEPÚLVEDA ANGULO

ANA CRISTINA GALLEGO CASTILLO

JAVIER SEPULVEDA CICUENDEZ

PEDRO JESUS MUÑOZ CRUZ

1 Introducción

Es frecuente que cuando se ha realizado una cirugía mayor en un paciente, aparezcan complicaciones que requieren una monitorización y atención médica especial de estos pacientes, para ello está el servicio de reanimación, el cual está a cargo de la especialidad de anestesiología y reanimación.

En reanimación se ofrece una continuidad asistencial a pacientes postquirúrgicos que así lo requieren debido a la envergadura de su operación, la existencia de complicaciones o la gravedad de su estado vital.

La unidad de reanimación cuenta con multitud de equipamiento médico necesario para monitorizar y tratar a estos pacientes tras su salida del quirófano, como respiradores, ecógrafos, monitorización respiratoria y cardiaca continua, etc.

Los facultativos especialistas de anestesiología que trabajan en esta unidad, además de trabajar en quirófano administrando la anestesia, también cuentan con amplia formación en manejo de antibióticos, medicina intensiva, y manejo de la vía aérea.

En la unidad de reanimación trabajan multitud de profesionales, los cuales conforman equipos multidisciplinarios integrados principalmente por anestesistas, médicos, personal de enfermería, auxiliares de enfermería, celadores, personal de limpieza, etc.

En el presente texto vamos a analizar las funciones que realiza el celador en la unidad de reanimación en el ámbito hospitalario, y la importancia de sus labores para el funcionamiento de la misma.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en la unidad de reanimación.
- Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en esta 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”, “reanimación”, “cirugía”, 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

En la unidad de reanimación se ofrecen cuidados de carácter integral, procurando disminuir las posibles complicaciones quirúrgicas al mínimo y persiguiendo una recuperación del paciente lo más rápida posible. Frecuentemente, encontramos en esta unidad pacientes críticos, los cuales se definen como aquellos pacientes que se encuentran en riesgo vital, inmediato o potencial, debido a una inestabilidad orgánica, estructural o funcional.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

El celador se encargará del transporte de los pacientes en camilla tras su salida del quirófano hasta las instalaciones de reanimación.

También será el celador el encargado del transporte de toda la documentación necesaria para la identificación del paciente, historias clínicas, etc., así como cualquier tipo de documento que pueda ser necesario, como hojas de consentimiento informado, etc.

El celador será el encargado de llevar a cabo el transporte de todo el aparataje médico, máquinas de rayos x portátiles, material clínico fungible, inmobiliario, etc., que les sea indicado por sus superiores, trasladándolo de un lugar a otro por el interior de la unidad, así como a otra área o servicios del hospital. Los celadores también se encargarán de realizar el transporte de las cajas de farmacia pesada, como las cajas de suero, alcohol, clorhexidina, etc., y de las botellas de oxígeno. Los celadores de esta unidad deberán llevar batas asépticas desechables, las cuales desecharán cada vez que salgan de la unidad.

Los celadores colaborarán con el personal de auxiliar de enfermería en las labores de higiene, así como colaborarán en pequeñas labores de soporte al personal sanitario cuando así les sea solicitado, como, por ejemplo, en la movilización de un paciente.

Los celadores deberán recoger al final de la jornada las jaulas con los pijamas sucios y las llevarán a lencería.

Los celadores deberán procurar el orden en la unidad de reanimación, evitando la entrada a todo personal no autorizado.

Los celadores deberán conocer el protocolo de defunción del hospital para realizar los traslados de los exitus.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha desarrollado a lo largo de este texto, la unidad de reanimación cuenta con el equipamiento médico necesario para ofrecer continuidad asistencial a los pacientes postquirúrgicos graves y en ella trabajan equipos multidisciplinarios integrados por multitud de profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, entre los que se encuentra el celador.

Resulta de vital importancia que el celador que aquí trabaja posea una formación extensa y adecuada, para realizar su trabajo de forma correcta y profesional, debiendo conocer los protocolos de higiene de manos, asepsia y antisepsia, etc., pues existe evidencia científica de que las instituciones hospitalarias, y en especial las unidades de pacientes críticos y reanimación actúan como las principales transmisoras y propagadoras de enfermedades nosocomiales.

El celador contribuye así con su labor a que el área de reanimación funcione de forma adecuada.

6 Bibliografía

1. El celador en Medicina Intensiva y Reanimación - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.), from <https://revistamedica.com/celador-medicina-intensiva-reanimacion-salud/>.
2. Celadores online: Tema 1. El Celador: Funciones Generales. (n.d.), 2023, from <http://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html>.

Capítulo 556

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS CARACTERÍSTICAS Y REQUISITOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO

NIEVES BERMEJO PARRAS

MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE

MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO

ANA MARIA CARPIO ACEDO

1 Introducción

Los auxiliares administrativos que desarrollan su labor profesional dentro del ámbito sanitario deben conocer y estar familiarizados con una variedad importante de documentación tanto clínica como no clínica. Entre la documentación clínica destaca por su relevancia la historia clínica del paciente ya que este es un documento fundamental dentro de la atención sanitaria y un documento legal de obligado cumplimiento en todos los centros y servicios sanitarios, tanto públicos como privados.

La historia clínica está formada por el conjunto de documentos que contienen los datos, las valoraciones y las informaciones de cualquier clase y condición que se

refieren una situación concreta y a todo el proceso de evolución clínica de un paciente durante todo el tiempo que ha supuesto su asistencia sanitaria. En España, la ley 41/2002 de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente y los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica dedica su Título V a la historia clínica, definiéndola en su artículo 14.1 como “el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos”. La finalidad de la historia clínica es la consecución de la máxima integración posible de la documentación e información clínica de cada paciente, debe ser única para cada paciente y común para todos los centros, para proporcionar una asistencia médica segura y de la más alta calidad. Más allá de su uso asistencial, la historia clínica puede utilizarse con otros fines como el de salud pública, investigación y docencia, epidemiológicos, judiciales, control de la calidad asistencial o para la planificación y la gestión de los recursos asistenciales.

2 Objetivos

- Destacar la responsabilidad de los auxiliares administrativos en el ámbito sanitario en el manejo de la historia clínica de los pacientes y de los datos y documentación que contiene.
- Explorar las características y requisitos de la historia clínica, resaltando su relevancia como documento legal y sus utilidades en el ámbito asistencial de la salud.

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: “historia clínica” “auxiliar administrativo sanitario” o “auxiliar administrativo e historia clínica”.

4 Resultados

Una de las funciones del auxiliar administrativo en sanidad es la apertura y el tratamiento de las historias clínicas de los pacientes y su labor está enfocada en

la organización y la gestión correcta de toda la documentación clínica que contiene: en la gestión de admisión de pacientes, los auxiliares administrativos se deben asegurar de recopilar la información necesaria para crear o actualizar la historia clínica del paciente, se encargan de agrupar toda la información del paciente en una única historia clínica, debe registrar archivar todos los documentos relacionados con la historia clínica, etc., garantizando, siempre la y la privacidad de la información que contiene.

La historia clínica debe tener una serie de características como la confidencialidad, la salvaguarda del secreto médico y el derecho a la intimidad y privacidad; debe ser un documento seguro en el que conste la identificación del paciente y del personal médico o sanitario que intervenga en el proceso asistencial del paciente; aunque es un documento confidencial, también debe ser disponible en los casos que se contemplan legalmente; debe ser única para cada paciente para mantener la eficiencia y la calidad; y, finalmente, debe ser legible y ordenada, de manera que no dificulte la labor del personal sanitario ni perjudique a los pacientes por errores derivados de interpretaciones incorrectas de la información que contenga.

Además, la historia clínica debe cumplir los siguientes requisitos: debe ser exacta y veraz, en primer lugar, porque es un derecho del usuario o paciente, pero también, porque al tratarse de un documento de carácter legal, se podría incurrir en un delito de falsedad documental; deben constar todos los datos de identificación del personal médico o sanitario que intervenga en la asistencia; debe ser completa, conteniendo la información suficiente sobre la patología del paciente y las fases médicas del proceso asistencial, también se deben reflejar en ella los datos administrativos y cuantos otros documentos integren la historia clínica (protocolos, informes de asistencias, consentimientos...); finalmente, debe tener rigor técnico, es decir, que los datos que queden reflejados en ella deben basarse en criterios científicos y objetivos y siempre mostrando respeto por el, por otros profesionales y por la institución.

La historia clínica, de manera general, debe contener toda la información considerada relevante y trascendental para la asistencia de calidad al paciente, partiendo de un conocimiento veraz y actualizado su estado de salud.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos que realizan su trabajo dentro del entorno sanitario tienen un papel muy importante en la gestión de las historias clínicas de los pacientes. La historia clínica es un documento fundamental de la atención

médica y un requisito legal en todas las instituciones sanitarias. La misión principal de la historia clínica integrar la información de cada paciente de forma que se garantice la calidad y la seguridad de la atención médico-sanitaria.

Los requisitos a cumplir por las historias clínicas claramente delimitados: exactitud y la veracidad para prevenir delitos de falsedad documental, constancia de los datos de identificación del personal médico, deben ser completas e incluir información sobre la patología y fases médicas y se le exige rigor técnico basado en criterios científicos.

En resumen, la historia clínica debe contener toda la información necesaria que permita proporcionar una atención de calidad al paciente. El auxiliar administrativo debe asegurar que esta documentación cumpla con todos estos requisitos y desempeñe su función en el proceso de atención médica.

6 Bibliografía

1. BOE-A-2002-22188 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. Boe.es. [citado el 15 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>.
2. Preguntas y respuestas más frecuentes [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [citado el 15 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/en/derechos-deberes/derechos-paciente/derecho-documentacion-sanitaria/preguntas-respuestas-frecuentes>.
3. Auditoriamedicahoy.com. [citado el 15 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.auditoriamedicahoy.com/biblioteca/La%20historia%20cl%C3%ADnica%20como%20instrumento%20de%20calidad%20Tejada%20Velito.pdf>.
4. de la histórica clínica de los pacientes. SD el RRE. Regulación de la historia clínica en España [Internet]. Bcn.cl. [citado el 15 de agosto de 2023]. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio%2F10221%2F21753%2F2%2FBCN_Informe+historia+cl%C3%ADnica+Espa%C3%B1a+20julio2015.pdf.

Capítulo 557

FUNCIONES Y TAREAS DESARROLLADAS POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

ANA MARIA CARPIO ACEDO

GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO

NIEVES BERMEJO PARRAS

MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE

MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO

1 Introducción

El sistema sanitario de España lo forman todos servicios de salud del Estado y de las distintas comunidades autónomas encargadas de llevar a cabo las funciones y los servicios sanitarios de acuerdo con la legislación vigente. Sus características más relevantes son: la universalización de la atención, la accesibilidad y desconcentración, la descentralización y la atención primaria.

La atención primaria es el primer nivel de atención médica y es el encargado de coordinar la atención sanitaria de los pacientes. Con él se garantiza la globalidad y la atención continuada del paciente a lo largo de toda la vida de este. La atención primaria está caracterizada por los siguientes aspectos:

- Pretende asegurar la calidad, garantizar el acceso a los servicios y dar continuidad a los distintos ámbitos de atención.
- Comprende entre sus actividades la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria, la educación sanitaria, el mantenimiento y recuperación de la salud, la rehabilitación y el trabajo social.
- Tiene un enfoque biopsicosocial y, por lo tanto, los servicios son prestados por un equipo interdisciplinar.

Dentro del equipo interdisciplinar que presta su servicio en la atención primaria se puede distinguir entre personal sanitario y personal no sanitario. El auxiliar administrativo es parte del personal no sanitario y se encuadra dentro del personal de gestión y servicios. Las responsabilidades del auxiliar administrativo engloban multitud de tareas burocráticas, de gestión de la información y atención a pacientes o usuarios, contribuyendo con su labor a alcanzar los estándares de calidad pretendidos por los servicios de atención primaria.

2 Objetivos

- Explorar y exponer la legislación y normativas vigentes que regulan y establecen las funciones del auxiliar administrativo en los servicios de atención primaria.
- Describir las funciones y tareas desarrolladas por los auxiliares administrativos en atención primaria examinando las diversas responsabilidades que constituyen su labor día a día.

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: “atención primaria” y “atención primaria y auxiliar administrativo”.

4 Resultados

Las funciones del auxiliar administrativo en los centros y en las instituciones de salud de la Seguridad Social están reguladas por la “Orden de 28 de mayo de

1984 por la que se modifican determinados artículos del Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, regulando la función administrativa en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social” que actualiza el Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 1971 y aunque la “Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud” deroga la anterior normativa referenciada, esta última también establece en su disposición derogatoria que continuarán siendo vigentes, hasta que se regulen, las funciones de las categorías profesionales del personal estatutario contenidas en las anteriores normas. Como la nueva normativa no se ha publicado, las funciones de los auxiliares administrativos siguen siendo las establecidas por la Orden de 1984, que en el literal de su artículo 2 apartado “d” establece que son las de “apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas-asistenciales propias de la Institución, así como las de Secretarías de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática” y que se pueden concretar en la realización de las siguientes tareas:

- Atención a usuarios y pacientes, tanto de manera presencial como telefónica, manteniendo un trato respetuoso, cercano y amable.
- Recepción de las llamadas y gestión de citas entre el paciente y el profesional de salud.
- Preparación y gestión de los datos informativos de los pacientes, también incluye la digitalización de documentos.
- Tareas ofimáticas y gestión de bases de datos.
- Tareas de asistencia administrativa a la gestión.
- Información y alta de los usuarios en el centro.
- Tramitación de analíticas, radiografías o recetas.
- Elaboración de estadísticas.
- Organización de expedientes.

Una de las cuestiones más relevantes a contemplar por el auxiliar administrativo es la confidencialidad de la información que maneja, confidencialidad que debe respetar debido a su alta sensibilidad a través de la no publicidad y la prohibición a su acceso fuera de sus competencias funcionales.

5 Discusión-Conclusión

Aunque las funciones del auxiliar administrativo no se detallan expresa y específicamente en la normativa vigente en la actualidad y hasta que la nueva regulación

se publique, esta se puede inferir acudiendo a anteriores normativas que hacen referencia a esta categoría.

El papel de los auxiliares administrativos en atención primaria es de gran relevancia para el correcto funcionamiento esta institución. Las funciones y tareas que desarrollan abarcan desde la atención al paciente, la gestión de documentos o la asistencia a la gestión administrativa del centro. El desarrollo de estas competencias como la capacidad para el mantenimiento de registros organizados y precisos, la comunicación respetuosa y efectiva o el proporcionar un servicio responsable y profesional son aspectos regidores de su trabajo diario. Los auxiliares administrativos, junto con el resto del equipo de desempeña su labor en los centros de atención primaria, buscan brindar un servicio de calidad y contribuir al bienestar de los pacientes intentando, con su labor, un impacto positivo o el mejor posible en la experiencia de los pacientes.

6 Bibliografía

1. BOE-A-1984-12108 Orden de 28 de mayo de 1984 por la que se modifican determinados artículos del Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, regulando la función administrativa en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social [Internet]. Boe.es. [citado el 12 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1984-12108.
2. de Enfermería Ocronos RM y. El auxiliar administrativo y la atención al paciente en Atención Primaria [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 12 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-paciente-atencion-primaria/amp/>.
3. de Enfermería Ocronos RM y. Principales funciones del Auxiliar Administrativo en el ámbito sanitario [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 12 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-auxiliar-administrativo-ambito-sanitario/>.
4. Ocronos R. El auxiliar administrativo en la Atención Primaria [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2023 [citado el 12 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-atencion-primaria-actuacion/>.

Capítulo 558

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS

MARÍA GARCÍA ALBERCA

JUANA DUQUE DUQUE

MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA

MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ

1 Introducción

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica es un componente crucial de la atención primaria y especializada en la industria médica. Actúa como principal facilitador de las tareas relacionadas con la prestación de atención médica con el fin de asegurar el uso eficiente de los recursos disponibles y la unidad de la organización respecto del paciente y su proceso de atención. Esto se traduce en tener acceso a prestaciones médicas en circunstancias de verdadera igualdad. Para alcanzar sus objetivos, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica requiere sistemas de información uniforme, fiable y suficiente. Estos sistemas permiten la gestión de procesos, el desarrollo de indicadores de desempeño y uso, y el control de la demanda asistencial, garantizando continuamente la protección de los datos y el derecho a la privacidad de los pacientes.

El Servicio de Ingreso y Documentación Clínica del hospital es una estructura de apoyo encargada de gestionar el flujo de pacientes a través de los distintos servicios que ofrece la gestión integral de atención, así como de procesar su documentación clínica y los datos médicos generados.

Una serie de herramientas, así como la infraestructura fundamental y los requisitos organizativos, forman la base de la organización del servicio.

Son fundamentales la definición y creación de expedientes y registros de acuerdo con la información a manejar, así como la capacitación continua del personal auxiliar administrativo.

También es crucial establecer circuitos internos para la comunicación y el control de procesos, al igual que la creación de software fundamental para respaldar las operaciones internas del servicio. Este software debe estar abierto a modificaciones con el tiempo para satisfacer las demandas cambiantes.

2 Objetivos

- Describir las responsabilidades y funciones de un auxiliar administrativo para la documentación clínica y la admisión de pacientes en los centros sanitarios.

3 Metodología

Se ha desarrollado una extensa investigación basada en la literatura científica con la que contamos actualmente para realizar el trabajo.

Los resultados de una búsqueda exhaustiva y una revisión bibliográfica se compararon y complementaron con datos recopilados de diferentes fuentes, incluidas PubMed, Medline y Scielo, que se utilizaron para seleccionar artículos científicos de revistas académicas examinadas.

4 Resultados

Como responsable de su realización, el auxiliar administrativo del Servicio de Admisión y Documentación Clínica juega un papel crucial en la prestación de la atención.

Las siguientes son las funciones principales de un auxiliar administrativo en este campo:

- Registro y recepción de pacientes:

El auxiliar administrativo es el encargado de dar la bienvenida y registrar a los nuevos pacientes en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica, asegurándose de que toda la información necesaria sea ingresada con precisión y mantenida actualizada en el sistema informático.

- Concertar citas:

En muchos casos, el auxiliar administrativo también se encarga de concertar citas para los pacientes con varios proveedores de atención médica, garantizando que la espera. Los tiempos se reducen al mínimo y los pacientes pueden obtener la asistencia que necesitan cuando la necesitan.

- Tramitación de documentación:

El auxiliar administrativo es el encargado de realizar un seguimiento de los expedientes clínicos y administrativos de cada paciente, asegurando que sean precisos, actualizados y disponibles para los profesionales. Los profesionales de la salud requieren constantemente.

- Coordinación y comunicación con otros servicios:

Asegurar que los pacientes sean remitidos adecuadamente es una de las principales responsabilidades del auxiliar administrativo en un hospital o centro de salud. Para beneficio de los pacientes, los registros médicos deben manejarse adecuadamente.

Para el desempeño eficaz de estas funciones, los auxiliares administrativos del Servicio de Admisión y Documentación Clínica deben poseer una serie de habilidades y competencias. Estos incluyen ser organizado, hablar con claridad y eficacia, tener conocimientos de informática y prestar mucha atención a la precisión y el detalle de su trabajo.

En esencia, el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en el equipo del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, lo que garantiza que la división funcione de forma eficaz. Su trabajo también tiene un impacto significativo en la calidad y el alcance de la atención al paciente.

5 Discusión-Conclusión

La capacidad de cualquier centro sanitario para organizar de forma eficiente y eficaz sus servicios de atención médica se debe en gran medida al Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Para garantizar que los beneficios se ofrezcan en verdadera igualdad, esta división es la encargada de organizar y priorizar las tareas relacionadas con la atención de la salud.

La gestión de los datos clínicos y de la información generada en relación con cuestiones sanitarias es una de las funciones del Servicio de Admisión y Docu-

mentación Clínica.

El auxiliar administrativo es fundamental para la gestión de pacientes y la documentación clínica de este servicio. Estas personas deben estar equipadas con las herramientas, los materiales y la capacitación adecuados para poder realizar su trabajo de manera efectiva y exitosa.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://administracion.formacionalcala.es/>.

Capítulo 559

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCIÓN EN LA SECRETARÍA DE PLANTA

MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS

MARÍA GARCÍA ALBERCA

JUANA DUQUE DUQUE

MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA

MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ

1 Introducción

Cuando un paciente debe ser ingresado por una urgencia médica, las unidades de hospitalización son las encargadas de cuidarlo y atenderlo porque su proceso patológico requiere y requiere seguimiento y cuidado continuo. En esta ubicación, un auxiliar administrativo realiza sus funciones, incluido mantener el control sobre el personal médico, y es responsable de completar todas las tareas que se le asignan. De la misma manera que brindará apoyo administrativo al personal médico, encargándose de todas las tareas que este le delegue.

Además, el auxiliar administrativo brindará apoyo y asistencia a los pacientes y sus familiares durante su estancia en la unidad de hospitalización de un centro médico, aclarando malentendidos sobre procesos administrativos, difundiendo conocimientos o facilitando el acceso a los servicios a los que tienen derecho.

También se encargará de proteger la privacidad de cualquier información personal relacionada con la salud de un paciente, ya que esta información cae dentro de una categoría especial y recibe protección adicional.

Además de gestionar las citas de los pacientes y los datos del sistema informático, también darán a conocer las necesidades de asistencia y atención física de cada centro, así como realizarán las tareas de atención especificadas por cada instalación.

Las funciones de un auxiliar administrativo en la secretaría de un hospital son cruciales y requeridas, y van de la mano con el esfuerzo coordinado de muchos profesionales.

2 Objetivos

- Describir las funciones y responsabilidades de un auxiliar administrativo en la secretaria de planta.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica ya publicada.

Se han realizado búsquedas exhaustivas de libros y artículos en las bases de datos principales, PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El auxiliar administrativo que labora en la secretaría de la sala del hospital requiere tener sólidos conocimientos y capacitación en aplicaciones y herramientas informáticas como Word, Excel y Access.

También debe estar familiarizado con el programa de información utilizado por el sistema sanitario y necesario para la gestión de la asistencia sanitaria.

En la secretaría de planta un auxiliar administrativo desempeña y lleva a cabo una variedad de funciones, pero se destacan las siguientes:

- La responsabilidad de proporcionar los comprobantes médicos de hospitalización a los acompañantes de los pacientes que lo soliciten recae en el secretario de sala.

- Solicitar del expediente las historias clínicas que el personal médico necesita para brindar atención.
- Elaborar los informes médicos que requiera el personal del hospital.
- Centrarse en el usuario a la hora de atender llamadas de los clientes.
- Mantendrá registros precisos, bien conservados y organizados de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados. Se debe realizar la verificación de las historias clínicas, que se encuentran organizadas en el recuadro correspondiente.
- Volver a colocar en el expediente los registros del paciente dado de alta del hospital.
- Darán a los pacientes que sean dados de alta las citas de control que el personal médico les haya indicado.
- Hacer arreglos para atención médica Servicios de guardia para personal auxiliar. El auxiliar administrativo debe gestionar eficazmente todas las solicitudes de los pacientes y brindar atención a los pacientes y familiares lo más rápido posible. Debe actuar siempre con amabilidad, empatía, capacidad de comunicación asertiva y respeto. Esto facilitará a los pacientes y sus acompañantes el acceso a los servicios y procedimientos disponibles para ellos y, al mismo tiempo, resolverá cualquier problema que pueda surgir.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes de la unidad de hospitalización necesitan un mayor y más constante seguimiento, por lo que esta unidad requiere organización, profesionalismo y eficiencia. El profesionalismo es necesario para que los pacientes reciban una atención médica de primer nivel.

Las funciones de un auxiliar administrativo en la secretaría de un hospital son cruciales y requeridas, y van de la mano con el esfuerzo coordinado de muchos profesionales, tanto dentro como fuera del campo médico, incluyendo el personal médico, personal de enfermería, técnicos que ayudan con cuidados de enfermería, celadores, personal administrativo, personal de limpieza y mantenimiento, etc. permite que la unidad de hospitalización realice su trabajo de manera eficiente y eficaz.

6 Bibliografía

1. Auxiliar Administrativo del SALUD. La guía definitiva - Opoinnova.(n.d.). Retrieved July 28, 2022, from <https://www.opoinnova.com/guiadefinitivaauxiliaradministrativo-salud/>.

2. Funciones del Auxiliar Administrativo Sanitario. (n.d.). Retrieved July 28, 2022, from <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funcionesdelauxiliaradministrativo-sanitario>.

Capítulo 560

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO

MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS

MARÍA GARCÍA ALBERCA

JUANA DUQUE DUQUE

MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA

MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ

1 Introducción

El servicio de atención al usuario es una unidad administrativa y de gestión cuya función es recibir, tramitar, gestionar y analizar las solicitudes, quejas, reclamaciones o sugerencias emitidas por los usuarios y tramitar también todo el relacionado con los derechos de los usuarios.

Este servicio está diseñado por el Ministerio de Salud y Protección Social para mejorar la prestación de los servicios sanitarios respecto a los usuarios.

El servicio de Atención al Ciudadano es donde se dirigen los usuarios para acceder de una manera rápida a las historias, agilizar procesos judiciales, solicitar informes médicos, dispositivos de radiografías, etc.

En el Servicio de Atención al Usuario, se ha incorporado el registro telemático del recién nacido desde el que las madres y padres que lo deseen podrán inscribir al

recién nacido en el servicio del Registro Civil de la localidad donde vivan dentro de la comunidad autónoma.

Con el crecimiento de las nuevas tecnologías es más eficaz el servicio realizado por la incidencia de la población inmigrante, el mayor envejecimiento de la población, el servicio de Atención al Usuario es fundamental para vigilar y custodiar toda la información para la asistencia al paciente.

Los auxiliares administrativos siempre han sido de vital importancia, la información administrativa es algo esencial para que los usuarios puedan conocer sus derechos y obligaciones como elemento de información.

Los auxiliares administrativos de cara al público deben controlar sus emociones durante sus interacciones sociales en el trabajo, los aspectos del trabajo que se relacionan con este tipo de demandas emocionales y con el control de las mismas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Promover y promocionar los derechos y los deberes del paciente.

Objetivos secundarios:

- Mostrar la necesidad de informar al usuario por el canal más adecuado para acceder a sus informes u consultas.
- Indicar la necesidad de mantener una comunicación fluida y óptima con los usuarios.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando publicaciones relacionadas con el tema. La búsqueda de datos sistémica se realiza a través de Google, bases de datos como PubMed, Medline y Scielo, revistas, libros relacionados con la literatura científica existente con respecto al tema de estudio, Ley de protección de datos del ámbito sanitario y la web "Agencia Corporal de Protección de Datos".

Las palabras claves usadas han sido: Atención, usuario y SAC.

4 Resultados

Los usuarios tienen derecho a conocer el estado de tramitación de todos los procedimientos donde sean interesados y a identificar al personal de la Administración Pública responsable de su tramitación tanto a nivel sanitario como ad-

ministrativo. Los trabajos en el servicio de atención al paciente requieren un contacto directo la mayor parte de la jornada laboral del auxiliar administrativo con los usuarios tanto físico como mental, llevándole a controlar sus emociones mientras interrelaciona.

El ser empático permite al auxiliar administrativo verificar que puede ser una herramienta muy positiva en el trabajo con ellos mismos, porque les permite centrarse en el paciente o usuario.

La función del auxiliar administrativo es esencial en las cuestiones que estén directamente relacionadas con los derechos del usuario y también incluyen una gran variedad de tareas administrativas, tales como:

- Atención al público, recepción de llamadas, preparación de datos informáticos, organización de expedientes y su tramitación.
- Recibir, tramitar, gestionar y analizar las solicitudes, quejas, reclamaciones o sugerencias emitidas por los diferentes pacientes del sistema de salud.
- Asesorar a los usuarios e informarles de sus derechos.
- Exponer iniciativas, acciones o proyectos de mejora relacionadas con la atención al usuario, así como asistir a los programas de formación puestos en marcha.

La reclamación puesta por los usuarios pueden ayudar a los centros sanitarios a mejorar en la organización del mismo y poder mejorar la calidad en la atención. Las reclamaciones impuestas por los usuarios recibirán respuesta según los plazos que se establezcan y se debe hacer un seguimiento por parte del este servicio.

Para que el personal se pueda relacionar de una manera efectiva deberá:

- Realizar una escucha activa.
- Transmitir confianza a los usuarios con mucha profesionalidad y diligencia.
- Resolver la incidencia o petición y solventarlo con el mínimo volumen de recursos.
- Hacer un seguimiento del procedimiento y comprobar que se ha resuelto.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de Atención al Usuario debe de velar por el cumplimiento de una atención eficaz, rápida, confortable y de calidad para el paciente y sus necesidades sanitarias. Este servicio se relacionará con los servicios sanitarios para satisfacer y solucionar los conflictos de los usuarios y llegar a la conformidad de todos.

Las comunidades autónomas deberán contar con un servicio de Dirección de Atención al Paciente y una Dirección de Atención al Usuario, dotada de todos los medios necesarios, así como de los profesionales necesarios para prestar una atención adecuada y personalizada.

En este servicio siempre se deberá cumplir con lo marcado en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

La asistencia sanitaria deberá estar humanizada y todos los tienen derecho a recibir un “trato humano”, considerando a los usuarios como personas con sus particularidades a las que no hay que juzgar.

6 Bibliografía

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

Capítulo 561

MEDIDAS CAUTELARES PARA EL TRASLADO SEGURO DE PACIENTES POR PARTE DEL CELADOR

JORGE FRANCISCO MARTÍN MAZA

CARLOS JESUS CARMONA HIDALGO

PABLO MARTÍN ESCABIAS

1 Introducción

En el vasto escenario del cuidado médico existe una danza cuidadosamente coreografiada detrás de escena que asegura la seguridad y el bienestar de los pacientes. En este escenario, los celadores desempeñan un papel fundamental como artífices de un delicado equilibrio entre el movimiento y la estabilidad. Su misión: trasladar pacientes con precisión y precaución. No obstante, este acto aparentemente cotidiano puede acarrear riesgos inherentes para ambas partes involucradas: los pacientes y los propios celadores.

La presente exploración se sumerge en el intrincado mundo de las medidas cautelares en el traslado de pacientes, una labor que trasciende la mera movilización física. A medida que los pasillos del hospital se convierten en escenarios de movimiento orquestado, emerge la necesidad de salvaguardar cada paso con estrategias cuidadosamente delineadas. El foco de este estudio es desentrañar las dimensiones de esta coreografía de seguridad, destacando la importancia de las medidas cautelares en la prevención de lesiones durante el proceso de traslado.

En un esfuerzo por profundizar en esta temática crucial, nos aventuramos a explorar las mejores prácticas, las técnicas seguras y los enfoques colaborativos que los celadores deben adoptar.

En última instancia, esta investigación se erige como una conmemoración de la atención comprometida y la consideración hacia el bienestar de los pacientes. Abogamos por una comprensión más profunda de las medidas cautelares en el traslado de pacientes, no solo como protocolos obligatorios, sino como un testimonio del compromiso continuo hacia la seguridad y la calidad en la atención médica. En las páginas siguientes, destaparemos las capas de precaución que rodean esta intrincada tarea y revelaremos la labor cautelosa que impulsa el cuidado hospitalario.

2 Objetivos

Este estudio ostenta la finalidad primordial de exponer y dilucidar de manera meticulosa las medidas cautelares imperativas que los celadores deben abrazar durante la ejecución de traslados de pacientes. La intención es prevenir enérgicamente cualquier incidente que pueda comprometer la salud y seguridad de ambas partes implicadas en el proceso.

3 Metodología

La metodología que guía este estudio se basa en una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura y una exploración empírica. Para ello, se realizó un examen meticuloso de la literatura científica y técnica relacionada con el traslado seguro de pacientes. Este análisis bibliográfico abarcó investigaciones, guías clínicas y documentos académicos que abordaran las mejores prácticas en la movilización de pacientes y las medidas de seguridad recomendadas.

4 Resultados

Las medidas cautelares sine qua non que los celadores deben adoptar en aras de evitar lesiones tanto para los pacientes como para sí mismos, durante el proceso de traslado, son las siguientes:

Evaluación Preliminar Detenida: Antes de proceder con cualquier traslado, es preceptivo que el celador lleve a cabo una evaluación comprehensiva del estado

físico y las necesidades específicas del paciente. Tal evaluación permitirá determinar la técnica de traslado y el equipamiento más idóneo.

Comunicación Clara y Concisa: La transparencia comunicativa se erige como pilar cardinal. El celador ha de mantener un diálogo constante tanto con el paciente como con el equipo médico circundante, asegurándose de la sincronización y coordinación, elementos vitales en la prevención de accidentes.

Adecuación de Equipos y Ayudas: Emplear de forma correcta y sistemática equipamientos como camillas, sillas de ruedas y dispositivos elevadores, minimiza la necesidad de manipulación manual del paciente. La utilización de estos recursos atenúa el potencial de lesiones derivadas de una manipulación inadecuada.

Dominio de Técnicas de Levantamiento: Capacitarse en técnicas de levantamiento seguro constituye una táctica esencial. El celador debe recordar mantener una postura erguida, flexionar las rodillas al elevar objetos y emplear la fuerza de las piernas, en vez de la espalda, para evitar posibles lesiones.

Formación y Capacitación Continua: El conocimiento no estático se convierte en un escudo protector. Los celadores deben someterse a formación continua, que abarque las últimas técnicas y prácticas de traslado seguro, así como información actualizada sobre ergonomía y prevención de lesiones.

Cooperación Sincronizada: En situaciones que demandan la colaboración de varios celadores, la coordinación de movimientos se proclamó como crítica. La sincronización de acciones, basada en comunicación y práctica conjunta, se consolida como una medida preventiva para contrarrestar desequilibrios y posibles caídas.

5 Discusión-Conclusión

La amalgama de medidas cautelares delineadas en este estudio atestigua la necesidad imperiosa de salvaguardar la seguridad tanto de los pacientes como del personal de traslado. La evaluación precisa del paciente, la comunicación transparente, el uso de equipamiento adecuado, el dominio de técnicas de manipulación segura y la educación continua, convergen en una sinfonía protectora que permea cada aspecto de este proceso.

El presente trabajo destila la importancia de la formación, la conciencia y la em-

patía en el traslado de pacientes. La aplicación diligente de estas medidas no solo evita lesiones y trauma, sino que también contribuye a crear un ambiente de cuidado que transmite confianza y comodidad a los pacientes. La interacción entre pacientes y celadores trasciende el ámbito meramente físico, encarnando la responsabilidad compartida de salvaguardar la integridad y promover el bienestar en cada etapa del camino.

6 Bibliografía

1. Lorenzo Tapia, F et al., (2011). Movilización del paciente. Madrid: Fundación Vértice.
2. Fernández Martínez, Á. (2020). EL CELADOR Y EL TRASLADO DE PACIENTES EN SILLA DE RUEDAS, CAMA O CAMILLA. OCRONOS.
3. Jurado Fernández, S., Lupiañez Bueno, M., & Moral Alguacil, D. (2018). PROCEDIMIENTO PARA LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES. AGS Este de Málaga-Axarquía. Servicio Andaluz de Salud.

Capítulo 562

EL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

DOLORES ROMERO ROMÁN

RUBÉN QUESADA CASTRO

JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO

ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA

INMACULADA SEVILLA SERRANO

1 Introducción

La atención primaria es el nivel básico e inicial del cuidado que garantiza una asistencia integral y la continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente. Esta atención se presta a través de los servicios de los profesionales del centro de salud y comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Los centros de salud cuentan con equipos multidisciplinarios que garantizan la calidad y accesibilidad a las actividades citadas anteriormente, además de permitir la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados. Dentro de estos equipos multidisciplinarios se encuentra la figura del celador, que en muchas ocasiones es una figura desconocida, pero que es la primera persona con la que se encuentra un paciente cuando acude a un centro de salud.

El celador tiene que atender las necesidades del paciente, para lo que es fundamental que conozca cuáles son sus funciones, que deberá desempeñar de la manera más adecuada y garantizando siempre el bienestar del paciente, teniendo claro cómo debe actuar en cada momento.

Además, el celador en atención primaria, como en especializada, es una pieza fundamental dentro del equipo, ya que da apoyo al resto de componentes del mismo.

2 Objetivos

- Dar a conocer cuáles son las principales funciones que un celador debe desempeñar en un centro de atención primaria.
- Poner en valor la importancia de la figura del celador en el servicio de Atención Primaria.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo se ha realizado tras una investigación que ha consistido en la revisión bibliográfica sobre el tema. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos de las principales bases de datos como: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas relacionados con el tema sobre el que trata el capítulo.

4 Resultados

Las funciones del celador en estos centros vienen especificadas en el Real Decreto 1790/2011, de 16 de diciembre, por el que se complementa el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, mediante el establecimiento de dos cualificaciones profesionales correspondientes a la familia profesional Sanidad.

Las principales funciones son:

- Vigilancia y seguridad:

El celador tiene que velar por el orden y limpieza de todas las dependencias e instalaciones del centro de salud. Además, procurará que los pacientes y familiares que visitan el centro de salud mantengan el orden y guarden silencio. Hará guardias tanto fuera como dentro del centro. Además, vigilará el uso de enseres,

evitando el deterioro debido al mal uso, avisando a su superior de los desperfectos encontrados.

También será función del celador abrir y cerrar el centro, así como encender las luces del mismo.

- Información y atención al usuario:

Informará a los pacientes sobre la ubicación de las unidades, consultas, servicios, día y hora de sus citas, pero nunca sobre la salud, resultados diagnósticos o tratamientos. Atenderá a los pacientes de manera clara, dándole las indicaciones básicas para favorecer el funcionamiento del centro y la agilidad de los trámites.

- Traslado y movilización de pacientes:

Ayudará a los pacientes con movilidad reducida a desplazarse por el centro de salud.

También trasladará y colocará equipos sanitarios o cualquier otro equipo (camas, colchones...) a los lugares donde sean necesarios.

- Reposición de materiales:

Repondrá el material necesario en las consultas o en cualquier otra dependencia del centro.

- Reparto de documentación:

Trasladará la documentación necesaria, así como las historias clínicas de los pacientes a las consultas.

También se encargará de entregar, recoger y distribuir la correspondencia recibida en el centro.

- Asistencia a otros miembros del equipo:

Podrá asistir al personal sanitario que esté realizando pequeñas curas e intervenciones ambulatorias cuando estos lo precisen.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se constata la importancia del celador como una figura primordial dentro del desarrollo del trabajo en los centros de atención primaria.

Es esencial que tanto el celador, como el resto de miembros del equipo, conozca cuáles son sus funciones, lo que favorecerá una mejor atención al paciente. Todas y cada una de las funciones del celador, se verán complementadas con una serie de habilidades que le permitirán desempeñar su trabajo correctamente y atender las necesidades tanto de los pacientes como del resto del equipo.

Se resalta que la mayor cualidad del celador será la amabilidad y cordialidad, ya que gracias a esta cualidad conseguirá crear un ambiente de trabajo favorable.

6 Bibliografía

1. Rodríguez, M.R. Las funciones del celador en Atención Primaria. Ocronos.
2. Juárez R.M.G. Juárez R.D.J, El celador: historia, evolución, formación y funciones. Ocronos.
3. J Golfin, R Golfin. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en atención primaria. Scielo.

Capítulo 563

CONOCIMIENTOS SOBRE SOPORTE VITAL PARA CELADORES

RUBÉN QUESADA CASTRO

ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA

INMACULADA SEVILLA SERRANO

DOLORES ROMERO ROMÁN

JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO

1 Introducción

El soporte vital básico (SVB) es el conjunto de maniobras que permiten identificar si una persona está en situación de parada cardiorrespiratoria (PCR), y de ser así, realizar una práctica sustitutiva de las funciones respiratorias y circulatorias. No es necesario tener un equipamiento específico, pero sí mantenerlo hasta que el paciente pueda recibir un soporte vital avanzado (SVA). En otras palabras, lo que estamos proporcionando es una oxigenación proporcionada por nosotros mismos para que lleguen los nutrientes a los tejidos del paciente afectado.

El SVB se debe realizar de manera inmediata, ya que se ve comprometida la vida del paciente, por ello veremos qué pasos hay que seguir para un correcto procedimiento.

Para realizar correctamente esta práctica, el personal encargado deberá estar bien entrenado, puesto que es una actividad agotadora, pero tiene como beneficio que es una técnica fácil de aprender tanto para mayores como para niños.

Todo este procedimiento se le llama cadena de supervivencia. Esta intervención se ve compuesta por eslabones en los que se sigue un protocolo que hay que ejecutar inmediatamente en caso de una emergencia. Dependiendo de si es un adulto o un menor, las características de cada eslabón se verán modificadas, al igual que dependerá del número de personas que haya presentes y puedan ayudar.

2 Objetivos

- Mostrar qué es la cadena de supervivencia y los eslabones que contiene.
- Estudiar cómo se realiza el soporte vital básico.
- Dar a conocer como detectar cuándo una persona está inconsciente, si respira y si tiene pulso.
- Presentar las diferencias del soporte vital básico en el ámbito pediátrico.

3 Metodología

Se llevó a cabo una investigación bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos de estas bases de datos: PubMed, Scielo y Medline.

Para la búsqueda en Google, hemos utilizado los siguientes registros de búsqueda: “soporte”, “vital”, “básico”, “celador” y “pediátrico”.

4 Resultados

La cadena de supervivencia es un procedimiento en el que, si seguimos sus pasos, aseguraremos la supervivencia de la víctima. Si el proceso se hace adecuadamente, la probabilidad de que sobreviva la persona puede llegar al 40%. Lógicamente, tendremos que actuar lo más rápido posible. Esta técnica consta de cuatro eslabones:

1. Reconoceremos la situación y llamaremos al 112, indicando la emergencia.
2. Comprobaremos el nivel de consciencia, zarandeándolo con energía y gritándole. En el caso de que no conteste, comprobaremos si el paciente respira utilizando el método frente-mentón (en caso de sospecha de lesión cervical, utilizaremos la técnica de elevación mandibular). Durante la técnica, acercaremos nuestra cabeza y comprobaremos si respira, notando su respiración y mirando su tórax para corroborarlo, si respira, deberemos colocarlo en la posición lateral

de seguridad y esperaremos a la ayuda. Si el paciente no respira, realizaremos la reanimación cardiopulmonar (RCP). Antes deberemos asegurarnos de que no tenga un cuerpo extraño en la vía aérea.

Protocolo del soporte vital básico:

Colocaremos al paciente en una superficie firme y en decúbito supino. Realizaremos la técnica frente-mentón para abrir la vía aérea (en caso de lesión cervical, utilizar otro método). Si tenemos ayuda, la otra persona apoyará el talón de la mano derecha en el tercio inferior del esternón y colocará el talón de la mano izquierda sobre su otra mano, entrelazando los dedos (en niños se realizará con una sola mano y en bebés, con los dedos índice y corazón de una mano). Tendrá los brazos extendidos y presionará sobre las manos para comprimir el esternón unos 5cm en el caso de que sea adulto (2-3 cm en niños y 1'5-2 cm en bebés). El compañero hará 30 compresiones torácicas y la persona que realiza la técnica frente-mentón, insuflará dos veces, tapando la nariz del paciente (hay varios tipos de insuflaciones, el boca a boca-nariz, el boca-boca, boca-nariz y el ambú, aparte, existen bolsas de protección para realizarla). Se hará tantas veces como haga falta hasta que llegue la ayuda o incluso, si llegamos a disponer de un desfibrilador.

Este protocolo varía en el caso de los niños, ya que el ritmo que se proporciona en un adulto es de 30/2, y en niños 15/2.

3. En el caso de encontrar un DEA (desfibrilador automático) o DESA (desfibrilador semiautomático), seguiremos los pasos que nos proporcionen dichas heramientas. Estos aparatos contienen una rasuradora, un gel conductor, parches y el desfibrilador en sí. Ellos nos informarán dónde poner los parches y cuándo deberemos parar la RCP para la descarga. La diferencia entre DEA y DESA, es que el primero da la descarga automáticamente, y en el segundo el profesional debe pulsar un botón para realizarla.

4. Por último, cuando llegue el profesional cualificado, realizará el soporte vital avanzado (en el caso de que haya recuperado pulso y respiración).

Como dato, si encontramos ayuda de otra persona, será mucho más fácil, mientras una persona realiza la valoración, la otra persona puede llamar al 112 y dar el aviso. En el caso de realizar la RCP pueden turnarse las dos personas para hacer las compresiones, ya que es una práctica física muy intensa.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante el conocimiento del celador sobre el soporte vital básico, debido a que trabajamos en un ámbito sanitario, donde estos casos son más probables, aun así, es importante para el día a día.

El celador deberá tener una buena forma física, ya que realizar una reanimación cardiopulmonar requiere mucho esfuerzo.

Se resalta la importancia de, cada cierto tiempo, hacer un curso de reciclaje para reforzar y renovar conocimientos.

Es importante recalcar la rapidez con la que se ha de actuar, puesto que cada minuto cuenta, debido a que pasados los diez minutos desde la parada cardior-respiratoria sin ningún tipo de actuación, disminuye la probabilidad de revertir la situación.

En general, estos conocimientos deberían ser conocidos por todas las personas, porque es una práctica sencilla y muy útil, especialmente se debe hacer hincapié en el aprendizaje de esta técnica en jóvenes.

6 Bibliografía

1. ¿Qué es el soporte vital básico? MEDAC.
2. Soporte vital básico en celadores. ¿Qué es el soporte vital básico en primeros auxilios? - Inensal.
3. Soporte vital básico en celadores pediátricos <https://www.elsevier.es/en-revista-nursing-20-articulo-pautas-soporte-vital-basico-soporte-S0212538217300183>.

Capítulo 564

LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CON GRÚA POR PARTE DEL CELADOR

ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA

INMACULADA SEVILLA SERRANO

RUBÉN QUESADA CASTRO

DOLORES ROMERO ROMÁN

JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO

1 Introducción

La grúa mecánica es una herramienta auxiliar que utiliza el personal sanitario y no sanitario en la movilización de pacientes dependientes, con este elemento mecánico auxiliar las movilizaciones de pacientes se realizan de manera mucho más segura y evitando el riesgo de lesiones, tanto en el paciente como en el personal trabajado de instituciones sanitarias. Cuando usamos la grúa es recomendable su manejo entre dos personas, pero no es absolutamente necesario, ya que su utilización es muy sencilla.

Con el uso de la grúa mecánica se pueden realizar todas las movilizaciones necesarias para el paciente, de forma fácil, sin esfuerzos ni daños físicos, desde incorporarlo para el traslado desde la cama al sillón, llevarlo al baño para que realice sus necesidades, e incluso para el aseo en cama sin necesidad de retirar el arnés. También son elementos muy usados en rehabilitación en piscinas o rehabilitación en sala, debido a su sencillez y comodidad.

Actualmente, estos elementos mecánicos están muy extendidos tanto en instituciones sanitarias como en domicilios, para que los cuidadores de personas dependientes puedan realizar las movilizaciones, traslados, higiene... de una forma segura y sencillas. Hay diferentes modelos de grúas elevadoras mecánicas, pero todos ellos tienen como finalidad la movilización de pacientes dependientes de modo seguro y cómodo tanto para el paciente como para el cuidador, sin la necesidad de tener que realizar grandes esfuerzos.

2 Objetivos

- Explicar la utilidad de la grúa mecánica para la realización de movilizaciones.
- Exponer las funciones que realiza el celador respecto a la movilización y traslado de pacientes utilizando la grúa.

3 Metodología

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

Se han consultado bases de datos como PubMed, Scielo y Google académico.

Los descriptores usados han sido: grúa mecánica y movilización con grúa.

4 Resultados

Los movimientos y traslados de pacientes más usuales que se realizan con la grúa, suelen ser dos: desde la posición tumbada hasta el sillón o silla y viceversa. Una de las acciones más importantes para la movilización con grúa es la correcta colocación del arnés.

1. Colocación del arnés a paciente tumbado:

- Pondremos al paciente en posición decúbito supino (boca arriba sobre su espalda) y lo colocaremos en posición decúbito lateral.
- Colocaremos el arnés sobre la cama a lo largo del torso del paciente bien estirado.
- Giraremos al paciente sobre el arnés y lo pondremos en posición decúbito lateral sobre el otro lado, para centrar el arnés en su cuerpo.
- Volveremos a colocar al paciente en posición decúbito supino.
- Colocaremos las bandas inferiores de manera entrecruzada.

2. Colocación del arnés a paciente sentado:

- Colocaremos el arnés desde arriba hasta abajo por la espalda del paciente. Reclinaremos levemente al paciente hacia adelante para facilitar la maniobra.
 - Pondremos las bandas inferiores de forma entrecruzada.
3. Elevación y traslado del paciente:
- Acercaremos la grúa lo más próxima al paciente y bajaremos el brazo elevador hasta posición del paciente.
 - Engancharemos las bandas superiores del arnés en su correspondiente lugar, asegurándonos que estén bien fijadas.
 - Colocaremos las bandas inferiores en los soportes contrarios a cada banda, también asegurando su fijación a los mismos.
 - Elevaremos al paciente lentamente y los trasladaremos al lugar correspondiente. Para la movilización con grúa del paciente en suspensión se recomienda abrir las patas de la grúa y así conseguir una mayor estabilidad.
4. Posicionamiento del paciente en el lugar deseado:
- Colocaremos al paciente sobre el área a colocar.
 - Bajaremos el brazo de la grúa lentamente.
 - Sujetaremos con una mano el arnés para poder colocar debidamente al paciente y con la otra mano accionaremos el descenso del brazo.
 - Retiraremos el arnés de manera inversa a su colocación.

5 Discusión-Conclusión

Las grúas mecánicas auxiliares son un tipo de ayuda técnica que permite realizar la movilización y traslado de los pacientes dependientes y con movilidad reducida. Este medio de movilización asegura el traslado de forma segura y evitando lesiones tanto para el celador y cuidador como para el paciente, ya que reduce notablemente los esfuerzos a realizar. Es una herramienta muy útil y cada vez más utilizada en el traslado y movilización de pacientes desde la cama al sillón o silla de ruedas y viceversa, en los aseos completos en cama y en tipos de terapias rehabilitadoras.

Su manejo y uso es sencillo, cómodo y muy seguro para el paciente y el trabajador, facilitando el trabajo.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. El celador y su colaboración en la colocación del paciente en grúas mecánicas [Internet].

Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2023 [citado el 20 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/colocacion-paciente-gruas-mecanicas/>.

2. Online C, Perfil VT mi. Test 107. Traslado y movilización del paciente - IV [Internet]. Blogspot.com. [citado el 20 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://celadoresonline.blogspot.com/p/107-traslado-y-movilizacion-del.html>.

3. Medios mecánicos utilizados para facilitar la movilización de los pacientes [Internet]. Bizi te enseña. 2023 [citado el 20 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://biziteensena.org/2023/05/13/medios-mecanicos-utilizados-para-facilitar-la-movilizacion-de-los-pacientes/>.

Capítulo 565

EL ALMACÉN GENERAL DE UN CENTRO DE SALUD. FUNCIONES DEL CELADOR DE ALMACÉN DURANTE LA RECEPCIÓN, COLOCACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DEL MATERIAL SANITARIO Y NO SANITARIO

MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO

LUIS ARJONA ROMERO

MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO

NATALIA SERRANO OÑORO

1 Introducción

En los centros de salud de grandes dimensiones es frecuente que se encuentre un almacén general que se encargue de abastecer a cada uno de los servicios encontrados en el centro de salud.

En aquellos centros de salud o consultorios de menor dimensión, dicho material será abastecido por el almacén general del centro hospitalario al cual se encuentran adscritas dichas instituciones sanitarias.

Cuando el material es distribuido por el almacén general de un centro hospitalario, serán los celadores del almacén general del hospital los encargados de preparar los pedidos de material solicitados por el supervisor del centro de salud, mientras que del traslado del material se encargan o bien transportistas anexos al servicio de salud, o por celadores que se encargan de trasladar material o medicamentos de una institución sanitaria a otra.

En aquellos centros de salud que dispongan de un almacén general se podrá encontrar la figura del celador el cual será el encargado de preparar los pedidos solicitados, para después distribuirlos por los diferentes servicios o consultas, o podrá existir una figura encargada del almacén la cual será además la encargada de preparar los pedidos, para que sea el celador del centro de salud el encargado de distribuirlo posteriormente.

2 Objetivos

- Conocer las funciones de los celadores en el almacén de un centro de salud.
- Enumerar los medios auxiliares empleados por los celadores de almacén para distribuir los pedidos de material sanitario y no sanitario por el centro de salud.

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

Medios auxiliares para el traslado de material sanitario y no sanitario dentro del centro de salud.

Durante el desarrollo de sus funciones el celador necesitará utilizar medios auxiliares para colocar los pedidos en el almacén y para su posterior distribución por el centro de salud. Algunos de los medios utilizados son:

- Carros.

Es uno de los medios de transporte mas comunes utilizados en el centro de salud, puesto que son de pequeño tamaño que permite su desplazamiento por cualquier

parte del centro de salud, pudiendo ser introducido en cualquier área, pasillo o consulta del centro de salud.

Los carros son utilizados cuando el material a distribuir es un pedido pequeño y no requiere de otro medio de traslado de mayor dimensiones.

- Transpaleta.

Junto al carro es uno de los medios de transporte más comunes utilizados en el centro de salud, puesto que son un poco mayor que los carros y permite su desplazamiento por cualquier parte del centro de salud, pudiendo ser introducido en cualquier área, pasillo o consulta del centro de salud.

Las transpaletas son utilizadas cuando el material a distribuir es de mayor dimensión y requiere de la utilización de una transpaleta para su desplazamiento, puesto que el material sanitario y no sanitario es colocado en un pallet.

- Transpaleta mecánica o hidráulica.

Las transpaletas hidráulicas son utilizadas cuando el material a distribuir es de mayor pesaje y requiere de la utilización de una transpaleta hidráulica para poder realizar su desplazamiento, puesto que el material sanitario y no sanitario es muy difícil ser trasladado por una transpaleta común.

- Toro elevador.

El toro elevador no se utiliza para la distribución del material sanitario y no sanitario en las distintas áreas del centro de salud, sino que es utilizado dentro del almacén para la colocación del material en cajas. Estas cajas pueden ser apiladas unas sobre otras, o pueden ser colocadas en estanterías de gran altura, es por ello, por lo que el toro elevador es el único medio auxiliar que puede colocar el material pesado o de grandes dimensiones.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El almacén general de un centro de salud. Funciones del celador durante la recepción, colocación y distribución del material sanitario y no sanitario” nos demuestra las funciones realizadas por el celador del centro de salud o si existiera la figura del celador de almacén por dicha persona.

Como se ha podido comprobar, en la mayoría de los traslados de este material se requiere de la utilización de medios auxiliares para facilitar dicha distribución, siendo generalmente medios de traslado que requieren de un conocimiento y una formación que deben poseer cada uno de los celadores encargados del almacén

del centro de salud, por lo que es necesario una formación previa en dichos dispositivos.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.

Capítulo 566

COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI)

JOSEFA GOMEZ PALACIOS

CRISTINA GOMEZ SOGUERO

JUAN CALONGE MOLERO

ANA MARIA LIGERO MINGUEZ

DAVID GARCIA COLMENERO

1 Introducción

En los últimos años los avances científicos han sido constante y crecientes en todas las ciencias, entre ellas la medicina, cada vez con mayor frecuencia surgen técnicas quirúrgicas más avanzadas y menos invasivas para el paciente, facilitando y reduciendo los periodos de recuperación y las posibles complicaciones postquirúrgicas para el enfermo.

En este sentido cada vez con mayor frecuencia se programan más quirófanos que no requieren posteriormente un ingreso hospitalario, facilitando la recuperación del paciente en el domicilio, con un seguimiento por parte del personal sanitario, suponiendo esto una recuperación del paciente más rápida, pudiéndose incorporar a su vida diaria en un periodo de tiempo menor, y reduciendo significativamente los costes sanitarios.

Este tipo de intervenciones son programadas en el Servicio o Unidad de Cirugía sin Ingreso, donde se realizan diferentes tipos de intervenciones según la patología del paciente y la técnica quirúrgica a utilizar.

En este servicio trabaja un equipo multidisciplinar compuesto por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, celadores, personal de limpieza, etc. que deben estar perfectamente coordinados para desarrollar su trabajo de manera eficaz y eficiente.

En el siguiente capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en este servicio y la importancia de su labor.

2 Objetivos

- Describir el Servicio o Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI).
- Enumerar las funciones que desarrolla el auxiliar administrativo en dicho servicio.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “auxiliar administrativo”, “Unidad de Cirugía sin Ingreso”, 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

Dentro de la Unidad de Cirugía sin Ingreso se llevan a cabo varios tipos de intervenciones:

-Cirugía mayor ambulatoria cuyo circuito es el siguiente:

El paciente será avisado unos días antes de la cirugía por un auxiliar administrativo mediante llamada telefónica, donde le informará del día de la intervención y la hora a la que debe acudir a la UCSI (Unidad de Cirugía sin Ingreso), junto con las recomendaciones preoperatorias.

El día de la intervención el paciente irá al hospital provisto de su tarjeta sanitaria, donde será recepcionado por el auxiliar administrativo y posteriormente conducido por el celador dentro de la unidad para su preparación.

Los acompañantes esperarán en la sala de espera, donde una vez finalice la intervención serán informados por el facultativo responsable del paciente.

El paciente una vez recuperado será dado de alta al domicilio, donde al día siguiente recibirá una llamada de la enfermera de la UCSI que realizará un seguimiento posquirúrgico del paciente.

-Cirugía menor ambulatoria cuyo circuito es el siguiente:

Igual que en la cirugía mayor ambulatoria, el paciente será avisado por el auxiliar administrativo para indicarle día y hora de la intervención, así como las recomendaciones preoperatorias.

El día de la intervención se personará en la UCSI donde será recepcionado y preparado para la intervención.

-Una vez finalizada la intervención será dado de alta y el médico le indicará las pautas a seguir, cita de siguiente consulta o revisión, etc.

A continuación, vamos a enumerar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en la Unidad de Cirugía sin Ingreso:

-Avisará telefónicamente a los pacientes con una intervención programada del día y hora de la misma, así como las recomendaciones y documentos que tienen que traer consigo el día de la intervención.

-A la llegada del paciente a la unidad serán los encargados de comprobar la corrección de los datos personales y sanitarios del paciente, solicitándole al mismo la tarjeta sanitaria.

-Mecanizarán el ingreso en el programa informático de la institución.

-Realizarán los justificantes que le solicite el paciente, acompañantes y familiares.

-Proporcionarán las citas médicas de revisión.

-Mecanizarán las altas domiciliarias.

-Se encargarán de las peticiones de ambulancias cuando sean necesarias para el regreso del paciente al domicilio.

5 Discusión-Conclusión

Las unidades de cirugía sin ingreso de los hospitales desarrollan una labor muy importante en el ámbito quirúrgico, pues contribuyen a reducir las listas de espera con procedimientos menos invasivos y agresivos para los pacientes. Igualmente, suponen un ahorro en gasto sanitario importante, y cada vez los avances tecnológicos posibilitan la realización de mayor número de intervenciones bajo esta modalidad.

El auxiliar administrativo de esta unidad desarrolla una labor muy importante, pues es el encargado de gestionar todo el flujo de pacientes de manera eficaz y eficiente. Debe poseer conocimientos informáticos a la vez que capacidades comunicativas, pues está en continuo contacto con pacientes, familiares y acompañantes.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000400003.
2. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cirugia-mayor-ambulatoria-una-nueva-S0716864017301256>.
3. <https://revistamedica.com/funciones-administrativo-centros-sanitarios/>.

Capítulo 567

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CALL CENTER

DAVID GARCIA COLMENERO

ANA MARIA LIGERO MINGUEZ

JUAN CALONGE MOLERO

CRISTINA GOMEZ SOGUERO

JOSEFA GOMEZ PALACIOS

1 Introducción

Cada vez con más frecuencia se hace uso de servicios digitales para la gestión de todo tipo de trámites, pero a pesar de ello en servicios de alta demanda suelen darse situaciones de colapso de las líneas telefónicas, con el consiguiente sentimiento de insatisfacción y desidia por parte de los usuarios.

A este aumento de la demanda, se unen las situaciones de crisis sanitarias vividas y el continuo aumento por parte de la población de soluciones rápidas y cómodas a sus dudas, preguntas o solicitudes.

En este contexto surge el Call Center como una respuesta aparte de estas inquietudes de la población.

Podemos definir el concepto de Call Center sanitario o Call Center de un centro médico como un servicio especializado en la gestión de citas médicas de cualquier tipo de institución o centro sanitario.

El servicio de call center sanitario facilita la atención personal y profesional de las llamadas telefónicas de los pacientes, contribuyen a una mejor gestión del servicio y evita posibles quejas o reclamaciones de los usuarios.

En el presente capítulo vamos a describir las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el call center y los beneficios de este sistema de secretaría virtual para los profesionales de la salud.

2 Objetivos

- Exponer los beneficios y funcionamiento de un call center sanitario.
- Describir las funciones del auxiliar administrativo en el call center.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “auxiliar administrativo”, “call center”, “citas” 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

Como hemos visto el funcionamiento de los Centros de Salud, es cada vez más complejo, asumiendo gran cantidad funciones y abarcando mayor número de habitantes, lo que provoca en determinadas franjas horarias un aumento de llamadas y el consiguiente colapso de las líneas telefónicas.

Para solucionar este problema surgió la figura o servicio del call center que surge

para gestionar la atención telefónica en los centros de salud y consultorios locales.

Este tipo de servicio supone una mejora en la calidad de la atención prestada y la eficiencia, suponiendo un ahorro de costes y contribuyendo a la satisfacción de los usuarios, que encuentran una respuesta a su demanda.

Los centros de salud y consultorios locales necesitan un servicio análogo que contribuya en las horas de máximo trabajo a atender el gran número de llamadas entrantes, que no pueden ser gestionadas por los auxiliares administrativos del centro de salud dedicados también a otras tareas, como atención al público, cita de analíticas, llamadas internas etc.

De esta manera, cuando entra una llamada al centro de salud o consultorio y tarda más de 15 segundos en ser atendida, es desviada al “call center”, donde un auxiliar administrativo se encargará de la gestión de la cita con su médico, pediatra o enfermero.

Cada día son muchos los pacientes que necesitan hacer una consulta o concertar una cita con el facultativo de atención primaria, esto puede generar continuas interrupciones en la atención presencial, por lo que este servicio contribuye a agilizar el servicio y mejorar la calidad.

Las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el “call center” son las siguientes:

- Gestiona las consultas telefónicas.
- Citar a pacientes en las agendas de médico de familia, pediatra y enfermero.
- Resuelve consultas y dudas de los pacientes respecto a los servicios del centro de salud.

En resumen, podemos decir que el auxiliar administrativo recibe, realiza y transfiere llamadas a los distintos departamentos del centro de salud con la finalidad de resolver las demandas de los usuarios.

5 Discusión-Conclusión

La experiencia avala la eficacia de estos servicios especializados en la gestión de citas médicas, que suponen grandes beneficios para las instituciones sanitarias, generando una mayor satisfacción de los pacientes que ven resueltas sus demandas, y una mejora de la calidad y productividad del centro.

Los auxiliares administrativos que trabajan en este servicio deben conocer perfectamente los programas informáticos de citaciones para ofrecer respuestas rápidas y eficientes, contribuyendo a la mejora del servicio.

Deben igualmente poseer habilidades comunicativas para el desempeño de sus labores, pues están en contacto directo con el paciente que en muchas ocasiones está nervioso o inconforme con el tiempo de espera para resolver su petición.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/call-center-auxiliar-administrativo/>.
2. <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario>.
3. <https://www.somosdrv.com/wiki/call-center-sanitario-y-de-atencion-al-paciente/>.

Capítulo 568

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL

MARÍA AURORA LEÓN CASAS

FRANCISCA DE TORO CUCHILLO

1 Introducción

La función principal del servicio de farmacia de un hospital, será tener disponible los medicamentos para ser administrados a los pacientes ingresados en las Unidades de hospitalización y para aquellos pacientes que también lo precisen, en régimen ambulatorio.

A cargo de la farmacia hospitalaria estará un Facultativo Especialista en Farmacia, y trabajarán en ella tanto personal facultativo como pueden ser el jefe de servicio, el jefe de sección, los adjuntos y los residentes, también habrá un personal sanitario integrado por el supervisor/a, y el personal auxiliar en cuidados de enfermería y farmacia.

También será necesario el personal no sanitario, compuesto por administrativos y por celadores.

Este servicio será el que dotará al resto de unidades del hospital de los medicamentos necesarios. Así según el volumen habrá dos tipos, la farmacia pesada y la farmacia ligera.

La farmacia pesada, es aquella cuyo volumen supera un determinado peso, y la farmacia ligera, es la medicación diaria a suministrar a cada paciente, y que se denomina unidosis, que se trata de una forma de dispensación de los medicamentos en envases individualizados por paciente.

Los medicamentos pautados por orden médica, son solicitados en las Unidades de hospitalización por los enfermeros supervisores a la Farmacia y registrados. De esta forma, se controlará mejor el gasto farmacéutico y se garantizará mejor el cumplimiento de la prescripción médica al paciente. Se realizará en carros de medicación unidos.

2 Objetivos

- Realizar las funciones propias del celador en el servicio de farmacia de un hospital.
- Conocer las características de la farmacia hospitalaria y su 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 también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedente de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave: celador, farmacia hospitalaria, unidos.

4 Resultados

La primera función del celador en este servicio será la de recepción del material, y se encargará de comprobar que el material servido, corresponde al material que figura en los albaranes de entrega, no deberá recogerlo en el caso de no coincidir y deberá consultar con el responsable de farmacia.

Acondicionará el material y entregando el material y una copia del albarán al personal sanitario para que lo pueda clasificar y colocar. Hay algunos materiales que son colocados por los celadores, serían el alcohol y los botes de suero, pero nunca medicamentos.

Transportará el material dentro de la farmacia, sobre todo si es de gran volumen o peso y distribuirá la medicación y demás productos a las Unidades de hospitalización, encargándose del traslado de las peticiones hasta la farmacia y de los envases de unidos desde la farmacia hasta las plantas, esto se hará en un carro de unidos.

Este traslado se realizará en horario de tarde, cuando se hayan registrado los cambios de medicación de cada paciente, y cada carro contendrá la medicación que corresponde para el turno de la tarde, noche y mañana del día siguiente y así el celador repondrá los carros del personal de enfermería.

Transportará también productos desde otras unidades hasta la farmacia, puesto que hay productos que se encuentran en el almacén general y deben ser transportados hasta la farmacia.

La dispensación de determinado material como alcohol, nutriciones parenterales o fórmulas magistrales, podrá ser dispensado por el celador, pero en cualquier caso deberá comunicarlo al farmacéutico responsable.

El celador será el encargado de preparar el alcohol rebajado a setenta grados que se emplea en las Unidades del hospital, para ello verterá el alcohol y el agua destilada con la correcta proporción en un recipiente.

También le corresponderá el traslado de recipientes vacíos a la farmacia, prepararlos y repartirlos de nuevo, y llevará el agua destilada procedente del laboratorio hasta la farmacia.

Y ayudará, por último, en los controles e inventarios, realizando recuentos del material, para comprobar existencias reales de los productos almacenados y colaborará en el Inventario general que se realice en Farmacia.

5 Discusión-Conclusión

Mediante este trabajo de investigación hemos querido dar a conocer la importancia del servicio de farmacia en un hospital, puesto que provee al resto de servicios del material y los medicamentos necesarios, gestionando y controlando su uso. Hemos podido comprobar que el celador es parte importante de la farmacia hospitalaria, conociendo sus funciones y ayudando al buen funcionamiento de este servicio, que es uno de los más necesarios, ya que de él depende el abastecimiento del material sanitario y la medicación de los pacientes de todo el hospital.

Es por ello que el celador debe conocer bien estas funciones específicas de este servicio, para lograr junto con el resto del equipo de trabajo la coordinación y la eficiencia del mismo.

6 Bibliografía

1. CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS: Tema 22. Funciones del Celador en la Farmacia y en el Animalario [Internet]. CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS. [citado 25 de octubre de 2021].

Disponible en: <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-22-funciones-del-celador-en-la-html>.

2. Qué es la farmacia hospitalaria. Funciones del farmacéutico hospitalario. [Internet]. Kapital Inteligente. 2019 [citado 26 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.Kapitalinteligente.es/que-es-la-farmacia-hospitalaria/>.

Capítulo 569

PROCEDIMIENTO UTILIZADO POR EL CELADOR PARA MOVILIZAR A UN PACIENTE HACIA ARRIBA DE LA CAMA

MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO

NATALIA SERRANO OÑORO

MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO

LUIS ARJONA ROMERO

1 Introducción

Se entiende como movilizar a un paciente como cualquier actuación llevada a cabo sobre el paciente que suponga el cambio de posición de la que se encontraba previamente el paciente. También se entiende a la movilización como cualquier actuación llevada a cabo por el propio paciente. Cuando la movilización del paciente requiere de la colaboración de cualquier miembro del personal sanitario se conoce como movilización pasiva, mientras que el paciente puede moverse por el mismo sin ayuda del personal, se entiende como movilización activa. La actuación de movilizar a un paciente hacia arriba de la cama tiene las siguientes finalidades para el paciente encamado:

- Generalmente, esta actuación es realizada para proporcionar mayor comodidad al paciente, puesto que por la inercia los pacientes suelen bajarse hacia la parte baja de los pies y se da con los pies en el piccero de la cama hospitalaria.
- Realizar cambios posturales al paciente.
- Incorporar al paciente para administrarle medicación oral y evitar de esta manera que se atragante el paciente.
- Incorporar al paciente para administrarle alimentación oral y evitar de esta manera que se atragante el paciente.
- Colocar al paciente en cualquier mesa de intervención para la realización de prueba diagnóstica o intervención quirúrgica.

2 Objetivos

- Conocer la finalidad de posicionar a un paciente hacia arriba de la cama en cada servicio hospitalario.
- Detallar el procedimiento utilizado por el celador para movilizar a un paciente hacia arriba de la cama sin realizar mucha fuerza.

3 Metodología

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

4 Resultados

Anteriormente se ha podido comprobar la finalidad de posicionar a un paciente hacia arriba en la cama. A continuación, se va a explicar los diferentes procedimientos existentes para poder realizar esta actuación, garantizando la seguridad del paciente y evitando lesiones de los profesionales que intervienen en dicha actuación.

Independientemente del proceso utilizado para subir al paciente hacia arriba en la cama, se indicará al paciente la actuación que se le va a realizar, de esta manera el paciente no se asustará y no presentará fuerza contraria.

- Procedimiento utilizado cuando el paciente presenta una movilidad pasiva.

En este caso la actuación deberá ser realizada por dos profesionales entre ellos, en celador asignado a la planta y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería a cargo del paciente. Si el paciente presentará graves problemas de movilidad o fuese un paciente con gran volumen se requerirá la presencia de tres o cuatro personas para la realización de esta actuación. o Cada uno de los profesionales se posicionará un lado de la cama manteniendo el pie más cercano a la cabeza, adelantado. o Cada uno de los profesionales posicionarán su brazo más cercano al paciente por debajo del hombro de este y el otro brazo lo colocará debajo del muslo. o De manera coordinada elevarán al paciente hacia arriba de la cama. o En el momento de elevar al paciente hacia arriba de la cama, los profesionales deberán mantener las rodillas flexionadas y la espalda recta, evitando de esta manera futuras lesiones.

- Procedimiento utilizado cuando el paciente presenta una movilidad activa, pero requiere de ayuda.

Cuando el paciente presenta una movilidad activa únicamente es necesaria la participación de dos personas, puesto que el paciente flexionará las rodillas y apoyará los talones en el momento en el que los profesionales elevarán al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Procedimiento utilizado por el celador para movilizar a un paciente hacia arriba de la cama” nos demuestra la actuación llevada a cabo por el celador junto al técnico en cuidados auxiliares de enfermería para movilizar a un paciente hacia arriba de la cama.

Es importante hacer hincapié que esta actuación debe realizarse de manera coordinada y al mismo tiempo, puesto que, si un profesional realiza la actuación segundos antes que el otro profesional, el primero se carga con todo el peso del paciente y puede sufrir lesiones corporales por dicha acción, del mismo modo, al realizarse una actividad conjunta el paciente sufre menos dolor.

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013
- Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.

- GARRIDO, J.M. El celador en el quirófano. España. Formación continuada Logoss. 2013
- 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
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 570

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE FARMACIA. FUNCIONES DEL CELADOR

NATALIA SERRANO OÑORO

MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO

LUIS ARJONA ROMERO

MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO

1 Introducción

En el ámbito sanitario, la figura del celador es una de las figuras más importantes, puesto que son profesionales indispensables y muy necesarios para que la actividad médico asistencial de cada una de las unidades que conforma una institución sanitaria se realice de manera eficaz, rápida y adecuadamente.

Lo mismo ocurre en el servicio de farmacia, la figura del celador es imprescindible para el desarrollo de la actividad logística llevada a cabo en dicha unidad, puesto que son profesionales no sanitarios que se encargan de distribuir toda la medicación y sueros solicitada al servicio de farmacia.

Sin la actuación del celador en el servicio de farmacia, la actividad logística quedaría interrumpida en el propio servicio, puesto que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería junto al equipo de farmacéuticos se ocuparían de

preparar los medicamentos solicitados por las unidades del centro sanitario que nadie los distribuiría por estas unidades.

Es importante recordar, que los celadores son personal no sanitario, pero una de sus principales funciones es el traslado de objetos, material, comunicaciones orales y escritas, documentación clínica... y por lo tanto, serán los encargados de la distribución de la medicación y de los sueros. Este traslado será realizado en carros o transpaletas.

2 Objetivos

- Detallar las funciones desarrolladas por los celadores en el servicio de farmacia dentro del área de preparación y distribución de sueros.
- Enumerar aquellas funciones que no deben ser realizadas por el personal no sanitario, por lo tanto, por el celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

Funciones desarrolladas por los celadores en el servicio de farmacia dentro del área de preparación y distribución.

☒ Funciones con la medicación.

- El celador podrá prestar ayuda al técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la colocación de medicamentos en su localización dentro de la unidad de farmacia, siempre que estos medicamentos se encuentren perfectamente precintados.
- El celador será el profesional encargado de distribuir por las diferentes unidades la medicación solicitada a través de los albaranes de reposición de medicación, siempre que esta mediación se encuentre dentro de cajas y estas estén perfectamente precintadas.

☒ Funciones con los sueros.

- El celador será el encargado de preparar los sueros solicitados a través de los albaranes de reposición de sueros.
- El celador será el encargado de distribuir los sueros solicitados a través de los albaranes de reposición de sueros, por las diferentes unidades del centro hospitalario.
- El celador será el encargado de recibir a los proveedores de los sueros, para ello comprobará los palets recibidos con el albarán de compra. Si el celador comprueba cualquier anomalía lo comunicará al servicio de secretaría de farmacia antes de sellar la hoja de recepción.
- El celador será el encargado de posicionar los sueros recibidos en la localización destinada para ello dentro del área de preparación de sueros.

Funciones no desarrolladas por los celadores en el servicio de farmacia dentro del área de preparación y distribución.

- Estar en contacto directo con los albaranes donde se solicita la reposición de medicación en las unidades del centro hospitalario.
- Estar en contacto directo con la medicación, ya se encuentre en unidosis o en cajas abiertas. El celador sólo podrá estar en contacto directo con medicación que se encuentre perfectamente precintada.
- El celador no será el profesional encargado de la preparación de los albaranes donde se especifica la medicación necesaria para su reposición.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en la unidad de farmacia. Funciones del celador en el área de preparación y distribución de sueros” nos demuestra las funciones realizadas por el celador adscrito a la unidad de farmacia de un centro hospitalario, concretamente en el área de preparación y distribución de sueros.

Cabe recordar, que los celadores son personal no sanitario, y por lo tanto, no puede hacer uso de medicación alguna, con esto se quiere explicar que el celador independientemente de estar asignado al servicio de farmacia no va a preparar los albaranes con la solicitud de medicamentos, únicamente preparará los sueros, pudiendo distribuir la medicación en cajas anteriormente preparadas.

6 Bibliografía

1. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021.
2. 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.
3. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021.

Capítulo 571

EL ROL DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: SUS FUNCIONES Y CONTRIBUCIONES

SUSANA B GALLEGO DEL CERRO

SERGIO REPISO FERNÁNDEZ

ANA MARÍA CALVO FERNÁNDEZ

JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO

JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ

1 Introducción

A medida que el tiempo avanza, el progreso médico hacia enfoques más intensivos y las evoluciones tecnológicas constantes han generado una reconfiguración en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), transformándolas en ambientes complejos y multidisciplinarios. Estos espacios reúnen a una variedad de profesionales de distintas especialidades, quienes operan en situaciones de alta tensión. En este contexto, a menudo, elementos cruciales como el respaldo a las familias y cuestiones que trascienden lo puramente médico para los pacientes, como aspectos sociales y psicológicos, pueden quedar relegados a un segundo plano.

El término "satisfacción" ha experimentado un notable desarrollo en los últimos años, avanzando en paralelo al concepto de "calidad". Estas dos ideas están actualmente amalgamadas en la concepción integral de una medicina centrada en el paciente, lo cual representa un punto de inflexión en la manera en que se concibe y se pone en práctica este innovador modelo de atención médica.

La satisfacción de los usuarios se ha erigido como un indicador ampliamente empleado por las instituciones de salud para medir la percepción que los usuarios tienen sobre la calidad de los cuidados que han recibido. No obstante, evaluar la satisfacción se convierte en un reto considerable cuando se aplica a pacientes hospitalizados en una UCI. Es precisamente en este entorno donde el papel de las familias adquiere una relevancia excepcional.

2 Objetivos

Evaluar la satisfacción de los usuarios y pacientes con las funciones ejecutadas por los celadores en las unidades de cuidados intensivos.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica se recurrió a recursos como la plataforma MEDLINE, además de PUBMED y otras fuentes pertinentes. Los términos MESH utilizados fueron: "watchman", "satisfaction", "quality" y "patients". Tras finalizar la búsqueda, se incluyeron investigaciones clínicas y revisiones publicadas recientemente.

4 Resultados

Según un estudio realizado por Holanda, M et al. en 2015, la gran mayoría de los pacientes encuestados, aproximadamente el 84%, calificó su nivel general de satisfacción con los cuidados proporcionados como "excelente". Los aspectos mejor calificados en términos de satisfacción incluyeron las competencias y habilidades de las enfermeras, con un notable 94.26%, seguidos de cerca por la atención brindada por el personal médico, con un 93.75%. Además, los pacientes expresaron un alto nivel de satisfacción en lo que respecta a la dedicación y el cuidado proporcionado por el personal de la UCI, con un porcentaje del 93.51%. Además, la coordinación del cuidado al paciente recibió una evaluación positiva del 92.07%.

Por otro lado, los aspectos que obtuvieron puntuaciones más bajas en términos de satisfacción estaban relacionados con el entorno de la UCI, como el ruido, la privacidad y la iluminación. Alrededor del 60% de los pacientes evaluaron positivamente la atención proporcionada por los celadores, destacando un trato sumamente satisfactorio. Por último, un notable 77% de los pacientes que pasaron por la experiencia de ingresar en la UCI calificaron su vivencia como "excelente".

La mayoría de los familiares de pacientes vivos que participaron en la encuesta calificaron el nivel general de satisfacción con los cuidados proporcionados a sus seres queridos como "muy bueno". Además, manifestaron un nivel elevado de satisfacción con respecto al proceso de toma de decisiones, registrando un 83.46% para el primero y un 79.42% para el segundo aspecto.

En relación a los detalles específicos, los familiares asignaron las puntuaciones más elevadas de satisfacción a la atención y el cuidado otorgado al paciente, con un 94.31%. También resaltaron las competencias y habilidades de los médicos con un 94.15%, las de los enfermeros con un 93.75%, y la calidad del cuidado al usuario con un 92.07%, factores que influyeron significativamente en su nivel de satisfacción.

5 Discusión-Conclusión

La satisfacción experimentada por los pacientes y sus familiares en relación a las funciones ejercidas por los celadores en las unidades de cuidados intensivos es de especial importancia, ya que refleja la calidad con la que se atiende al usuario en un entorno delicado. En estas unidades, los celadores desempeñan un rol versátil, abarcando tanto tareas logísticas como interacciones emocionales con los pacientes y sus seres queridos.

La apreciación positiva que los pacientes y sus familiares otorgan al cuidado proporcionado por los celadores se convierte en un indicador de la atención esencial que estos profesionales ofrecen para mejorar la experiencia del paciente. Esto subraya el papel crítico que desempeñan los celadores en la calidad de la atención en un contexto donde las dimensiones logísticas y emocionales son igualmente significativas.

6 Bibliografía

1. Holanda Peña, M. S., Ots Ruiz, E., Domínguez Artiga, M. J., García Miguelez, A., Ruiz Ruiz, A., Castellanos Ortega, A., Wallmann, R., & Llorca Díaz, J. (2015).

Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. *Medicina intensiva*, 39(1), 4–12. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2013.12.008>.

2. Smith J, Porter S. La eficacia de las funciones de enfermería no basadas en salas de enfermería sobre los resultados de los pacientes y las percepciones de las enfermeras: una revisión sistemática. *Rep. de implementación del sistema de base de datos JBI* 2016;14(3):53-94.

Capítulo 572

EL ROL DEL CELADOR EN EL PROCESO DE ADMISIÓN

SUSANA B GALLEGO DEL CERRO

ANA MARÍA CALVO FERNÁNDEZ

SERGIO REPISO FERNÁNDEZ

JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ

JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO

1 Introducción

Según lo establecido en el artículo 28 del Real Decreto 521/1987, del 15 de abril, se decreta que toda persona que requiera una consulta médica o un ingreso hospitalario debe realizar dicho proceso a través del Servicio de Admisión. Este procedimiento se lleva a cabo de manera uniforme tanto en el ámbito de la atención sanitaria pública como en el privado. El objetivo fundamental de este sistema es asegurar que el proceso sea equitativo y uniforme en todas las instancias.

La implementación de la equidad y la uniformidad fortalece los principios esenciales de justicia y equidad en la prestación de servicios médicos. Además, esta práctica contribuye a la eficiente gestión de los recursos hospitalarios y a la asignación eficaz de citas médicas. Esta estrategia enfatiza la necesidad de un enfoque cohesivo y armonizado, lo que garantiza que todas las personas tengan un acceso organizado y equitativo a los servicios hospitalarios.

Dentro del contexto de las Instituciones Sanitarias, que engloban una variedad de servicios y actividades especializadas, se ha implementado la creación de una unidad de Admisión. Esta unidad desempeña un papel fundamental al supervisar y coordinar todos los servicios disponibles, lo que resulta en una gestión más organizada y eficaz de la institución en su conjunto.

La Unidad de Admisión se erige como un punto de referencia central para facilitar el acceso de los pacientes a los diversos servicios ofrecidos por la institución. Al mantener un enfoque constante en los principios de equidad y eficiencia, se garantiza que todos los individuos tengan la oportunidad de acceder a los recursos y cuidados necesarios, sin importar su situación. Además de su papel en la atención al paciente, la unidad de Admisión también brinda apoyo y asistencia esencial a los profesionales de la salud que trabajan en la institución.

2 Objetivos

- Evaluar el desempeño de las funciones que son realizadas por los celadores en el Servicio de Admisión.

3 Metodología

Para llevar a cabo la evaluación bibliográfica, se utilizaron recursos como la plataforma Medline, junto con PubMed y otras fuentes relevantes.

Se emplearon términos MESH como "watchman", "admission", "patient" y "function" en la búsqueda.

Una vez finalizada la búsqueda, se incluyeron investigaciones clínicas y revisiones recientemente publicadas.

4 Resultados

El papel desempeñado por los celadores en el ámbito de la admisión resulta de vital importancia para los centros de salud y hospitales, ya que abarca diversas responsabilidades esenciales que garantizan el funcionamiento eficaz de estas instituciones. Estos profesionales de la salud representan un papel fundamental en la atención y gestión hospitalaria, contribuyendo de manera significativa al proceso.

Aproximadamente el 70% de las actividades realizadas por los celadores en los servicios de admisión están enfocadas en recibir y guiar a los usuarios, propor-

cionándoles información acerca de los procedimientos necesarios para el ingreso. Además, orientan a los pacientes acerca de la ubicación de los servicios específicos a los que deben acudir, brindando asistencia en los procesos de registro cuando es necesario. Estas funciones son esenciales para asegurar una experiencia fluida y orientada para los pacientes dentro del entorno hospitalario.

En el año 2021, según el Instituto Nacional de Estadísticas, se observó un aumento del 14% en el número de celadores laborando en el Sistema Nacional de Salud durante los últimos cinco años, alcanzando un total de 31,000 profesionales. Este incremento refleja una creciente demanda en la administración hospitalaria y la atención al usuario.

Un estudio llevado a cabo en 2022 por la Sociedad Española de los Celadores reveló que el 78% de los encuestados consideraban que la interacción entre los pacientes y los celadores en el servicio de admisión tenía un impacto positivo en la satisfacción de los usuarios. Además, el 92% de los facultativos encuestados afirmaron que el desempeño de los celadores era fundamental para aliviar la carga de trabajo en la unidad de admisión.

Un estudio realizado por el Ministerio de Consumo y Bienestar Social en 2019 señaló que la implementación de mejoras en las funciones de los celadores había logrado reducir en un 20% el tiempo de espera de los usuarios en las consultas de los centros hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en los servicios de admisión de un centro hospitalario es de suma importancia, ya que desempeña una función esencial tanto en el funcionamiento efectivo de las instituciones sanitarias como en la satisfacción general de los pacientes. Además de llevar a cabo tareas administrativas, los celadores desempeñan un papel crucial como intermediarios entre los profesionales médicos de diversas especialidades y los usuarios, creando un entorno de acogida y apoyo que en ocasiones resulta fundamental. En momentos de vulnerabilidad de los pacientes, se espera que los celadores muestren empatía y comprensión, brindando un apoyo que va más allá de lo meramente administrativo. En consecuencia, los celadores representan un eslabón esencial para garantizar la fluidez, equidad y tranquilidad en la atención médica que se brinda a todos los usuarios. Su capacidad para crear un ambiente reconfortante y su disposición para ser comprensivos en momentos de necesidad realzan su papel fundamental en el cuidado integral de los pacientes y en la coordinación efectiva entre los diversos profesionales de la salud.

6 Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística (INE). (2021). Estadísticas de Profesionales Sanitarios Colegiados.
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). Informe Anual sobre los tiempos de espera en el Sistema Nacional de Salud.
3. Sociedad Española de Celadores (SEC). (2022). Estudio sobre la percepción de los pacientes y profesionales médicos sobre el rol de los celadores en la admisión.

Capítulo 573

EL ROL DEL CELADOR EN LOS PROCESOS DE AMORTAJAMIENTO: CONTRIBUCIONES Y RESPONSABILIDADES

SUSANA B GALLEGO DEL CERRO

JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO

JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ

SERGIO REPISO FERNÁNDEZ

ANA MARÍA CALVO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Conforme al artículo 14.2.19 del Estatuto de Personal no Sanitario de julio de 1971, se establece que los celadores colaborarán con el personal de enfermería en el proceso de amortajamiento del paciente fallecido, asumiendo además la responsabilidad de llevar a cabo el traslado desde el lugar en que se encuentre hasta el mortuario.

El término "exitus" hace referencia a la total detención de todas las funciones vitales del organismo humano. Existen diversos tipos de fallecimientos: la muerte natural acontece como resultado de una enfermedad, como el deceso de una persona mayor; por otra parte, la muerte súbita ocurre de manera instantánea y en

un breve período, como en el caso de un infarto; la muerte violenta implica causas externas al individuo, como en el caso de un homicidio, entre otros tipos como la muerte legal, anticipada o aparente.

Es en este instante cuando el celador, miembro del personal hospitalario, se suma a otros profesionales de la salud en la tarea del servicio de amortajamiento, asumiendo la responsabilidad de llevar a cabo esta acción con sensibilidad y respeto hacia los familiares del individuo recién fallecido. Su labor implica asegurar que los allegados cuenten con un espacio íntimo para despedir al ser querido fallecido, demostrando destreza profesional y un genuino sentido de empatía.

2 Objetivos

- Evaluar las acciones ejecutadas por los celadores y otros profesionales de la salud en el proceso de amortajamiento, junto con su enfoque y trato hacia los familiares del paciente fallecido.

3 Metodología

Con el propósito de realizar una evaluación bibliográfica exhaustiva, se recurrió a fuentes de relevancia como la plataforma Medline y PubMed, así como otras fuentes pertinentes. Los términos MESH utilizados abarcaron "shroud", "watchman" y "functions".

Posteriormente a la conclusión de la búsqueda, se integraron investigaciones clínicas y revisiones recientemente publicadas para su análisis y consideración.

4 Resultados

Las acciones desempeñadas por los celadores en el proceso de amortajamiento resultan fundamentales tanto en el entorno hospitalario como en el contexto funerario. Estos profesionales despliegan tareas de gran importancia para asegurar un tratamiento respetuoso y digno de los fallecidos, al tiempo que brindan apoyo a los familiares en el difícil momento del duelo.

El proceso de amortajamiento dirigido por los celadores abarca diversas etapas:

- En la fase inicial, los celadores asignan aproximadamente el 30% de su tiempo a la preparación del cuerpo. Dentro de esta responsabilidad, se encargan de lavar, asear, vestir y posicionar adecuadamente al fallecido para su presentación final.

Este proceso requiere de una atención meticulosa, en la que los celadores abordan cada detalle con la mayor consideración y respeto posible hacia el difunto.

- En la siguiente etapa, alrededor del 25% del tiempo, los celadores coordinan estrechamente con el equipo de la funeraria. Esta colaboración resulta esencial para establecer una comunicación fluida entre el entorno hospitalario y el servicio funerario, garantizando así que el proceso transcurra sin contratiempos ni interrupciones.
- La tercera fase, que ocupa aproximadamente el 20% del tiempo, se centra en brindar apoyo a los familiares del fallecido. Los celadores desempeñan un papel fundamental al estar presentes durante todo el proceso de amortajamiento. En este contexto, ofrecen su apoyo y orientación a los familiares, respondiendo a sus preguntas y preocupaciones con profesionalismo y empatía, para acompañarlos en este delicado momento.
- La cuarta fase está centrada en el registro y la documentación. Alrededor del 15% del tiempo, los celadores se ocupan de verificar que toda la documentación relacionada con el paciente fallecido esté en orden, incluyendo su registro en admisión y la adecuada identificación.
- Por último, abarcando aproximadamente el 10% del tiempo restante, los celadores desempeñan funciones de mantenimiento y limpieza en el espacio donde se ha llevado a cabo el servicio de amortajamiento. Esta etapa incluye mantener las salas en las que los familiares serán recibidos en condiciones de limpieza, con el objetivo de permitir que el proceso se realice con dignidad y respeto.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo se constata la importancia del rol desempeñado por el celador en las funciones de amortajamiento, desempeñando una función esencial, ya que representa uno de los pilares fundamentales en la cadena de cuidados post-mortem.

El personal encargado de la gestión y el servicio juega un papel crucial en la ejecución de esta tarea.

Además, las acciones del celador en esta labor van más allá de la realización de funciones técnicas y operativas en el proceso de amortajamiento. También implica la interacción con amigos y familiares del fallecido, proporcionándoles apoyo y consuelo en un momento de vulnerabilidad y dolor tras la pérdida de un ser querido. En este contexto, el celador asume una responsabilidad tanto técnica como emocional, contribuyendo a un manejo respetuoso y humano de

este proceso.

6 Bibliografía

1. Duran Salgado, F. (2017). El amortajamiento del paciente como función de enfermería. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/67968>.
2. García-Gil, EJ, & Prieto-Díaz, E. (2017). El celador en el proceso de la muerte y el duelo. *Enfermería Clínica*, 27(4), 253-256.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). Protocolo de actuación en los procesos de muerte, duelo y entierro. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/muerteDuelo/docs/Protocolo_actuacion_procesos_muerte_duelo_entierro.pdf

Capítulo 574

LOS ACCIDENTES LABORALES EN EL CELADOR. CONOCIMIENTO DE RIESGOS LABORALES EN SU PUESTO DE TRABAJO Y SU PREVENCIÓN

LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ

INMACULADA CONCEPCION BASTANTE ACEÑA

BEATRIZ CHICO ARCHE

1 Introducción

Las consecuencias perjudiciales para la salud relacionadas con la actividad laboral puede ser de dos tipos: accidente laboral, refiriéndose a toda lesión corporal que sufre un trabajador o trabajadora como consecuencia de su trabajo, dentro de este o en el trayecto de su domicilio al centro de trabajo y viceversa (in itinere) y enfermedad profesional contraída a consecuencia del trabajo y debe estar provocada por la acción de los elementos o sustancias indicados para cada enfermedad profesional.

España cuenta con un sistema de Prevención de Riesgos Laborales que presta atención sanitaria al trabajador o trabajadora que tenga un Accidente de Trabajo o una enfermedad profesional, así como una prestación económica.

La OMS considera los accidentes laborales como un importante problema de salud que hay que minimizar. Es por ello, que es fundamental conocer las acciones o peligros que tienen nuestro desempeño laboral para poder tener el

menor riesgo posible, tales como la organización del trabajo, de forma que se eliminen factores que puedan elevar el riesgo de accidentes, la identificación de factores de riesgo, la introducción de tareas rotatorias, la disminución de horas de trabajo e incremento de tiempo de descanso, diseño de protocolos así como un registro para identificar síntomas de problemas.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos derivados del desempeño laboral de un celador o celadora.
- Describir medidas de protección para la prevención de las situaciones de riesgo dentro del trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una investigación basada en la consulta de bibliografía específica del tema elegido, con la lectura de libros relacionados con la temática del celador o celadora en cuanto a prevención de riesgos laborales. También se ha recurrido a búsquedas en internet, sobre todo en páginas web especializadas en conceptos sanitarios tales como Pubmed, Medline y Scielo en lo que aparecen artículos que han sido de gran ayuda en la realización del trabajo.

4 Resultados

Tras la consulta de cuáles son los riesgos laborales más comunes en los celadores, se llega a la conclusión que aunque no ocasionan una elevada siniestralidad, no se debe ignorar sus posibles repercusiones en la salud del celador.

Hay que destacar que la causa principal de accidentes laborales más frecuente en el sector de los celadores y celadoras, es el accidente por sobreesfuerzo causado por el levantamiento de enfermos provocando distensiones ligamentosas, lumbalgias y hernias discales.

La segunda causa más común de accidente laboral son las caídas que producen esguinces, traumatismos superficiales o contusiones.

Otras causas menos frecuentes son las de accidentes por violencia, manipulación de basura, manipulación de sangre, agujas abandonadas y recogida de material. Por otro lado, es primordial conocer los riesgos y sus factores para poder adoptar medidas necesarias para prevenir o reducir los accidentes dentro del lugar de

trabajo.

Las estrategias de prevención incluyen:

- Actuaciones sobre el entorno y sobre uno mismo utilizando las medidas que haya al alcance.
- Inmunización a través de vacunaciones del personal que se expone a enfermedades infecciosas.
- Evaluación y seguimiento del personal expuesto.

Dependiendo de los diferentes accidentes así serán sus actuaciones preventivas.

Las precauciones básicas o universales que engloban los accidentes biológicos son:

- El lavado de manos, siendo una medida fundamental para el control de infecciones en el medio hospitalario.
- Guantes. De su utilización depende que se reduzca al 50% la cantidad de sangre transferida ante un pinchazo.
- Utilización de batas, mascarillas o protección ocular ante salpicaduras.

En cuanto a las medidas que se deben tomar para prevenir accidentes ergonómicos y de manipulación manual son:

- Utilización de un calzado adecuado.
- Ajustarla altura del plano de trabajo.
- Tener disponible una silla para poder hacer descansos cortos.
- Conocimiento de medidas para el cuidado de la columna en el traslado de pacientes o su movilización en las camillas.

5 Discusión-Conclusión

Es imprescindible el trabajo de los celadores y de las celadoras para el buen funcionamiento y dinámica de un centro hospitalario y es necesaria y fundamental una condición de salud óptima y positiva para el mejor desempeño de su trabajo. Para alcanzar lo anteriormente expuesto requiere de una serie de factores que no solo depende de las actuaciones del trabajador.

El centro hospitalario debe reunir unos requisitos mínimos que engloben condiciones de trabajo para la protección y la salud de los trabajadores, una evaluación de riesgo para la salud de los trabajadores y una suficiente oferta formativa para los trabajadores sobre Prevención en Riesgos Laborales.

6 Bibliografía

- 1.- Ley de Prevención de Riesgos Laborales: Ley 31/1995, de 8 de noviembre. BOE nº 269 de 19 de noviembre.
- 2.- Sociedad Española de Medicina y Comunitaria. “Prevención de infecciones en personal sanitario” (Grupo de enfermedades infecciosas del PAPPS).

Capítulo 575

EL CELADOR EN SERVICIOS ESPECÍFICOS. FUNCIONES ESPECÍFICAS Y MEDIDAS DE AUTOPROTECCIÓN ANTE EL PACIENTE DE PSIQUIATRÍA

LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ

INMACULADA CONCEPCION BASTANTE ACEÑA

BEATRIZ CHICO ARCHE

1 Introducción

A finales del siglo pasado, se produce un cambio radical en la organización de la asistencia y atención a la salud mental. Surgen centros de salud principales y centros dependientes de las Diputaciones Provinciales sin cohesión alguna con los hospitales psiquiátricos.

Con la aprobación de la Ley General de Sanidad, se va a contemplar al enfermo mental como un paciente más, integrándolo en la asistencia sanitaria. A raíz de esta ley se ha puesto en marcha Servicios de Psiquiatría para tratamientos ambulatorios, en Atención Primaria y Especializada y Unidades de Psiquiatría en hospitales.

Los Equipos de Atención Primaria reciben la demanda de la persona con un determinado problema mental, derivándose el paciente a las Unidades de Psiquiatría del hospital cuando sea necesario.

Las administraciones sanitarias competentes adaptan su actuación ante el enfermo mental teniendo en cuenta los siguientes principios:

- La atención a los problemas de salud mental de la población. Se realizará potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, la hospitalización parcial y la atención a domicilio, reduciendo la hospitalización.
- Los servicios de rehabilitación y reinserción social se desarrollarán para una adecuada integración del enfermo mental.
- La hospitalización de los pacientes se realizará en las Unidades de psiquiatría de los Hospitales Generales.

2 Objetivos

- Conocer las funciones generales del celador o celadora en una unidad de psiquiatría.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una investigación basada en la consulta de bibliografía específica del tema elegido, con la lectura de libros relacionados con la temática del celador o celadora ante enfermos de salud mental. También se ha recurrido a búsquedas en internet, sobre todo en páginas web especializadas en conceptos sanitarios tales como Pubmed, Medline y Scielo en lo que aparecen artículos que han sido de gran ayuda en la realización del trabajo.

4 Resultados

En todas las Unidades de Psiquiatría tienen autonomía en la instauración de normas de régimen interno y protocolos específicos, pero existen unas funciones comunes y generales del celador. Éstas son:

- Controlar las puertas de acceso a la Unidad.
- Ayudar en el aseo personal de los pacientes que lo precisen.
- Vigilar el orden y comportamiento entre los pacientes.
- Acompañar a los pacientes en sus paseos por las zonas habilitadas a tal finalidad.
- Recoger los pedidos de farmacia y almacén.
- Colaborar con el personal sanitario para administrar medicamentos a aquellos pacientes que necesitan una mayor atención.

- Trasladar a los pacientes a las Unidades de Psiquiatría y consultas del hospital o centro cuando sea necesario.

Es muy importante que el celador o celadora lleve a cabo unas funciones específicas en cuanto a salud mental para su mejor praxia con enfermos de estas características:

- El celador o celadora debe ser conocedores de las enfermedades mentales de su Unidad, mostrando una actitud de tranquilidad y serenidad ante estos enfermos.
- Es fundamental que sean capaces de trabajar con su equipo interdisciplinar para una óptima coordinación en momentos críticos de tensión.
- El celador o celadora debe tratar con respeto al enfermo mental, mostrando actitudes empáticas, rechazando responder ante provocaciones.
- Debe tratar de detectar muestras de excitación, cambios bruscos de comportamientos e inmediatamente comunicarlo al personal sanitario.

Las medidas de autoprotección que debe tener en cuenta el celador ante enfermos violentos son las siguientes:

- Nunca se debe permanecer solo con un enfermo con episodios violentos recurriendo al personal de seguridad en caso de necesidad.
- No se debe emplear ningún tipo de agresión física hacia el enfermo violento.
- Como último recurso al paciente violento se le aplicará medidas de contención (fajas abdominales, sujeción de manos y pies y la inmovilización total)

Ante estas medidas de contención, el papel del celador es la de actuar con rapidez para evitar lesiones, conocer su zona de inmovilización de paciente y la de intentar establecer una buena comunicación con el enfermo para beneficiar la colaboración del mismo y evitar situaciones peligrosas.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que el celador que desempeñe su trabajo dentro de una Unidad de Psiquiatría conozca todos los mecanismos que hacen posible el buen funcionamiento de su Unidad. Requiere que interiorice sus funciones específicas necesarias para el desarrollo de su trabajo, trabaje en equipo así como sea conocedor de todas aquellas medidas de autoprotección precisas para evitar posibles lesiones.

Finalmente, es conveniente destacar que el celador o celadora de una Unidad de Salud Mental, debe mantener una actitud empática, comprensiva y de escucha hacia estos enfermos, posibilitando que puedan expresar sus sentimientos y emociones, así como animarles a que paulatinamente vayan consiguiendo objetivos marcados.

6 Bibliografía

- 1.- Yolanda Sánchez del Paso, Manuel Fernández Olmos, Salvador Fernández Martín. EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA. Editorial Edita. 2012.
- 2.- José David Alfaro Cortés, M^a Carmen Sáez Montero, Josefina Cortés Piquera. LA FUNCIÓN DEL CELADOR EN SERVICIOS ESPECIALES. Editorial BuboK. 2020.

Capítulo 576

RIESGOS FÍSICOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO A LOS QUE ESTÁ EXPUESTO EL CELADOR

INMACULADA CONCEPCION BASTANTE ACEÑA

BEATRIZ CHICO ARCHE

LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ

1 Introducción

El trabajo ha supuesto históricamente un riesgo para la salud. Las condiciones laborales han sido una amenaza para la salud y han ocasionado enfermedades y accidentes de todo tipo en el trabajo. Aunque estas condiciones laborales han cambiado con el tiempo de forma muy importante aún queda mucho por hacer al respecto.

La preocupación por los riesgos laborales se ha ido incrementando y el concepto de salud laboral ha pasado de ser un problema individual para convertirse en un problema social y empresarial. Según la ley de prevención de riesgos laborales, la salud laboral es un derecho del trabajador.

Esta ley tiene por objeto la protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo. (según Ley 31/1995 de Prevención de riesgos laborales).

Por otra parte, el ámbito sanitario es un entorno complejo en el que se llevan a cabo multitud de tareas y actividades con riesgos muy distintos. Debido a esta complejidad, el trabajador que desarrolla su trabajo en este medio se ve expuesto

cada día a diversos riesgos para su salud, tanto de forma directa como indirecta. Con paso del tiempo estos riesgos han ido cambiando. Entre estos se encuentran los riesgos físicos, a los que el celador se ve expuesto normalmente en el ejercicio de sus tareas como trabajador de centros sanitarios y hospitales.

2 Objetivos

- Dar a conocer algunos los riesgos físicos más comunes a los que el celador está expuesto como trabajador en el entorno hospitalario.
- Mostrar algunas de las medidas para evitar los accidentes y enfermedades que se puedan producir y también reducir el daño en caso de que ocurran.

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 como PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Las palabras clave para la búsqueda han sido “riesgos laborales” y “riesgos físicos”.

4 Resultados

Los riesgos físicos más comunes en el medio sanitario son calor, ruido, vibraciones y radiaciones.

1. Calor:

Cuando la temperatura es elevada puede producirnos deshidratación, alteraciones en la piel, agotamiento por calor y déficit salino.

A este riesgo están expuestos sobre todo los trabajadores que realizan su trabajo en lavandería y cocina, como pueden ser los celadores destinados a estos servicios.

Algunas de las medidas de prevención son:

- Beber agua a menudo y evitar bebidas con alcohol, cafeína y bebidas azucaradas
- En medida de lo posible, limitar las tareas donde tengamos que hacer mucho esfuerzo y, por tanto, nos supongan hacer un gasto elevado de energía.

- Es importante utilizar siempre que sea posible a la hora de manipular cargas pesadas, las ayudas mecánicas.
- Utilizar ropa holgada y utilizar un sitio ventilado y fresco cuando se realice una pausa en el trabajo.

2. Ruido:

Cuando el tiempo de exposición al ruido es alto, puede producir desde una leve sordera hasta incluso muerte celular si la exposición es por mucho tiempo.

El ruido puede hacer que se pierda la atención y concentración y que aumente tanto la frecuencia respiratoria como la tensión arterial.

La medida principal de prevención contra este riesgo es que el personal expuesto use tapones en los oídos o cascos auriculares.

3. Radiaciones ionizantes:

A este riesgo están expuestos sobre todo el personal del servicio de radioterapia, radiología, medicina nuclear, etc. por lo tanto, también el celador que ocupa el puesto en dichas zonas.

Los efectos que puede producir esta exposición son cancerígenos y mutágenos. Pueden afectar directamente a la persona expuesta, pero también puede ser hereditario y que afecte a los descendientes, como puede ser alteraciones en el feto.

Las medidas de protección son:

- Utilizar dosímetros de radiación.
- Limitar la exposición radiológica y utilizar prendas de protección como pueden ser mandiles y guantes plomados.
- Utilizar señales que nos indican que es zona de irradiación.
- Que el personal expuesto se realice exámenes médicos periódicos.

4. Radiaciones no ionizantes:

Entre estas radiaciones encontramos:

- Rayos láser: Usado habitualmente en cirugía, técnicas diagnósticas, odontología y dermatología. Al órgano que más suele afectar es al ojo, por eso es muy importante su protección.
- Radiofrecuencias y microondas: se utilizan en los servicios de rehabilitación y fisioterapia. El daño se suele producir por el calor.
- Radiación infrarroja: También es debido al calor los daños que producen. Estos daños son quemaduras y cataratas.
- Radiación ultravioleta: Se utiliza sobre todo para tratamientos de la piel con problemas en la fototerapia. Los efectos pueden ser inmediatos como oscurecimiento de la piel o afectación de la córnea y también pueden ser latentes como puede ser cáncer de piel.

Entre las medidas de prevención se encuentran:

- Utilizar señales que avisen de radiaciones.
- Utilización de equipos de protección por parte del personal.
- Realización de exámenes médicos periódicos.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo para este trabajo se constata la importancia de prestar atención a este tipo de riesgos, pues si no se toman las medidas preventivas necesarias, pueden influir negativamente en la salud del trabajador y afectar, no solo a su entorno laboral sino también al personal y social.

Algunos de los riesgos físicos que se mencionan aquí son fáciles de percibir, como ruido, calor, etc., pero otros como las radiaciones no lo son. Es por esto que una de las medidas principales para la prevención de estos riesgos físicos se trata de las revisiones médicas periódicas, con las que se comprobará el estado de salud del trabajador.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de prevención de riesgos laborales (BOE num.269, de 10/11/1995)
3. Riesgos físicos. Instituto Nacional de la seguridad social. [Internet] [citado 12 agosto 23] Disponible en <https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-fisicos>
4. Riesgos físicos [Internet] [citado 12 agosto 23] Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/en/saludjoven/salud-laboral/1-riesgos-puedo-encontrar-trabajo/1-2-riesgos-fisicos>.
5. El celador en su puesto de trabajo. Orión formación. Curso online.

Capítulo 577

EL CELADOR Y LOS RIESGOS QUÍMICOS A LOS QUE SE EXPONE EN EL MEDIO HOSPITALARIO

INMACULADA CONCEPCION BASTANTE ACEÑA

BEATRIZ CHICO ARCHE

LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ

1 Introducción

Un riesgo laboral es la posibilidad que tiene un trabajador de sufrir un daño derivado del trabajo no solo por la tarea profesional que desarrolla, sino por el entorno o lugar de trabajo. La ley que regula la prevención de los riesgos laborales es la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales.

Los celadores, como trabajadores de los centros sanitarios y hospitales, están expuestos a muchos factores de riesgo que son distintos a los que se puedan exponer otros trabajadores que desarrollan su actividad en otro tipo de lugares. Antiguamente, el trabajo se realizaba sin utilizar ninguna medida de protección para prevenir los accidentes laborales. Hoy en día, las condiciones laborales han cambiado y se cuenta con muchos medios que proporcionan ayuda y hacen más fácil las tareas. Pero aún queda mucho por hacer respecto a la prevención de los riesgos laborales porque, aunque los accidentes y enfermedades derivadas del trabajo se han visto reducidas desde la implantación de la Ley de Prevención de riesgos Laborales, aún son muchos los que se producen cada año.

Con el paso del tiempo, han ido surgiendo nuevos riesgos, como por ejemplo los que están relacionados con los productos químicos.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de riesgos laborales más comunes a los que el celador está expuesto por los productos químicos que se usan en el medio hospitalario.
- Conocer cuáles son las medidas de protección en cada caso.

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. Las principales palabras utilizadas para la búsqueda han sido “riesgos químicos” y “riesgos laborales”.

4 Resultados

Cada vez se usan más sustancias químicas que a veces no sabemos que lesiones nos pueden ocasionar si entramos en contacto con ellas. Los contaminantes químicos pueden entrar en nuestro cuerpo por distintas vías, dependiendo del contacto que tengamos con ellas.

Estas vías pueden ser respiratorias, dérmica y digestiva o parental.

Los productos químicos más comunes en medio sanitario son:

- Óxido de Etileno
- Fármacos citostáticos
- Gases anestésicos
- Formaldehído

Óxido de Etileno

Fácilmente inflamable, incluso explosivo en algunas ocasiones. Se utiliza para esterilizar y a dosis altas nos puede causar la muerte. También produce alergias, alteraciones respiratorias, gastrointestinales y hematológicas, entre otras.

Se encuentra sobre todo en el servicio de esterilización.

Las medidas que debemos tomar son:

Que haya una buena ventilación

Uso de mascarilla, guantes, gafas y bata

Formación del personal que esté expuesto

Que el área de esterilización esté aislada y cuente con aparatos adecuados con alarma

Citostáticos

Son fármacos que se utilizan para el tratamiento del cáncer. Puede producir alergias, quemaduras, náuseas, vómitos, cefalea, entre otros efectos.

Las medidas de protección que se deben tomar con respecto a estos fármacos son: Que los trabajadores usen prendas adecuadas, estén informados de los riesgos y se realicen periódicamente un examen médico, incluyendo la detección del cáncer.

No comer ni beber en la zona de preparación de los medicamentos, así como tampoco fumar o maquillarse.

Hay que lavarse las manos correctamente y prestar mucha atención a los pinchazos.

Etiquetar correctamente los preparados y que haya un protocolo por si tenemos un vertido accidental.

Gases anestésicos

Como su nombre indica, se utilizan para inducir y mantener la anestesia general. Produce malformaciones congénitas, abortos y alteraciones celulares, entre otros.

Las medidas de protección que debemos tomar son:

Ventilación del quirófano y uso de extractores.

Hay que revisar periódicamente los aparatos de anestesia y que cuenten con sistemas antipolución.

Formación adecuada del personal expuesto y que se realicen un examen médico periódico.

Formaldehído

Es un conservante que se utiliza en Anatomía Patológica y también se utiliza en las unidades de hemodiálisis como desinfectante. Resulta tóxico en dosis altas. Produce irritación de las vías respiratorias superiores, así como tos, disnea y dermatopatías.

Las medidas de protección son:

Cerrar correctamente los envases

Ventilación correcta

Personal informado, exámenes médicos periódicos y utilización de prendas protectoras

5 Discusión-Conclusión

La conclusión a la que se ha llegado después de realizar este trabajo es que es muy importante saber a qué riesgos se expone un trabajador en cada momento para

así tomar las medidas oportunas para prevenirlos o minimizar sus efectos. Como se ha visto, la realización de exámenes médicos periódicos es muy importante para ir comprobando el estado de la salud y detectar cualquier anomalía que se pueda producir en ella. Es probablemente una de las medidas más importantes que se debe tomar en este tipo de riesgos laborales que afectan a los profesionales del entorno hospitalario, entre los que se encuentra el celador.

6 Bibliografía

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

Capítulo 578

CELADORES: FUNCIONES GENERALES DE CONTROL Y DE VIGILANCIA

BEATRIZ CHICO ARCHE

INMACULADA CONCEPCION BASTANTE ACEÑA

LUIS FERNANDO BLANCO DOMINGUEZ

1 Introducción

Un hospital está constituido por personal sanitario y no sanitario. La figura del celador está encuadrada dentro del personal no sanitario, en concreto dentro del personal hospitalario de la Sección de Gestión y Servicios y, como tal, desarrolla sus funciones.

Las funciones de los celadores vienen agrupadas en el artículo catorce, dentro del punto número dos, recogidas en el Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, que ha ido posteriormente adaptándose a los tiempos.

Este primer estatuto se publicó en una Orden del Ministerio de Trabajo del año 1971, entrando en vigor en el mismo año el 22 de Julio mediante Boletín Oficial del Estado. Dentro de sus reducidas reformas con el nuevo Estatuto Marco, la figura del celador queda definitivamente acortado dentro de unas funciones que articulan y legitiman su presencia y su colaboración en los centros hospitalarios. Para posibles consultas debe lógicamente revisarse este último Estatuto Marco, cuya legislación se aloja en la Ley 55/2003 del 16 de diciembre.

En este artículo vamos a tratar la figura del celador y no de manera específica respecto a alguna de sus funciones, o bien respecto a su trabajo en alguna plaza u área. Este trabajo se interesará por la dinámica de trabajo general que comparte cualquier celador dentro de la institución sanitaria.

2 Objetivos

- Acercar la figura del profesional no sanitario celador al público y comprender mejor su trabajo y cómo este se articula.

3 Metodología

Para el presente trabajo se ha consultado libros específicos de oposición para la Comunidad Autónoma de Madrid y Castilla La Mancha, para el celador de dos tipos de academias: ADAMS y MAD, así como la lectura de artículos dirigidos a celadores vía on line o Internet con fácil acceso (Google) a todo aquel que quiera realizar una consulta general, como un primer acercamiento a la figura y particularidades que mantiene un celador como parte del personal de gestión y servicios.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda de bibliografía fueron: celador, gestión y servicios, prevención de riesgos laborales, derogar, relación con el personal sanitario y no sanitario, estatuto marco, trámites, vigilancia y control, hospital, paciente, calidad, atribuciones del celador.

4 Resultados

Tras la lectura detallada de aquellas funciones que mediante los sucesivos cambios y acuerdos han prevalecido, encontramos que entre las funciones generales de los celadores, están:

- Adecuación de su trabajo mediante plantilla de turnos con los compañeros para establecer servicios de guardia.
- Traslado de comunicaciones verbales, escritos, correspondencia de un servicio a otro, dejándolos en la custodia de una persona perteneciente a ese servicio u área.
- Traslado de objetos, comúnmente voluminosos, a un servicio u área hospitalaria donde le sean indicados.

- Vigilancia de entradas de la Institución y además de acceso a dicha institución en colaboración a ser posible con otro compañero o un guardia de seguridad contratado por empresa externa.
- El acceso a las plantas y otras áreas también del hospital están a su cargo, no debiendo permitir que se coma y/o beba, se corra, se chille, o se alborote el ambiente cotidiano de la institución sanitaria. Todo esto entra dentro de las normas de comportamiento tanto de enfermos como de visitantes.
- Traslado de pacientes, ya sea dentro del hospital.
- Recepción de pacientes a cargo del servicio de ambulancias.
- Atención al aseo del paciente necesitado de ello colaborando con el equipo de enfermería (personal sanitario)

Es con el equipo de enfermería, además de sus propios compañeros, con los que el celador tiene mayor relación. Este contacto no solamente es para colaborar en las tareas, también para informar, por ejemplo, puesto que una de las funciones del celador es además de velar porque las instalaciones estén tranquilas y limpias, deben de estar libre de desperfectos o anomalías físicas, de estas cuando se produzcan debe ser informadas por el celador tanto al equipo de enfermería o a su inmediato superior (Jefe de Celadores).

- Es el celador la figura que se ocupa de tener a su cargo a los animales utilizados tanto en quirófanos experimentales como en laboratorios. Allí deberán: alimentarlos, limpiarlos, y si es necesario asearlos, y ayudar, si fuera necesario, a que estén inmovilizados en las pruebas.
- También hay circunstancias especiales y específicas donde la figura del celador será clave, tales como las de:

Ser ascensorista, si se le requiriera.

Asear en sustitución del equipo de enfermería a aquellos pacientes masculinos según indicaciones de la supervisión.

Colocación y retirada de cuñas para residuos fisiológicos en momentos puntuales.

- Con el equipo sanitario de enfermería ayudará a las tareas de amortajamiento y traslado del exitus a las dependencias habilitadas para ello.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo para este estudio, se constata la gran importancia de la figura del celador, no solo por la influencia tanto dentro de su propio grupo como en el sanitario, sino que, gracias a su labor, es capaz de sacarse adelante la labor asistencial que se le debe al paciente y sus familiares con calidad.

Se resalta la necesidad de la formación continuada en todas las modalidades posibles para el celador. Es necesario que reciba formación tanto en prevención como en los últimos proyectos de mejora laboral, mediante cursos, talleres, ponencias, tanto presenciales, con on line o mixtos. El intercambio de opiniones y experiencias no solo enriquece la labor de nuestro profesional, sino que también repercute directamente en la calidad asistencial.

6 Bibliografía

1. Editorial Mad. Oposiciones de Castilla La Mancha. Año 2023.
2. Editorial Adams. Oposiciones de Castilla La Mancha. Año 2023.
3. Editorial Mad. Oposiciones de La Comunidad de Madrid. Año 2023.
4. Www. Prevenciónriesgoslaborales.
5. Www.funciones del celador.
6. Estatuo Marco. BOE 22 de Julio de 1971.

Capítulo 579

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

CARLOS JESUS CARMONA HIDALGO

JORGE FRANCISCO MARTÍN MAZA

PABLO MARTÍN ESCABIAS

1 Introducción

Se considera salud mental como el estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede afrontar las tensiones cotidianas de la vida, trabajar productivamente y contribuir a la sociedad.

El área sanitaria encargada de los cuidados relacionados con la salud mental es el área de Salud Mental, esta disciplina queda englobada en el sistema de salud general a través de la Ley General de Sanidad de 25 de Abril de 1986.

El tratamiento de las patologías de carácter psiquiátrico ha sufrido un profundo cambio a lo largo de la historia, hasta el momento actual en el que los servicios se concentran en el bienestar y la correcta rehabilitación y reinserción social del paciente. Los trastornos y patologías psiquiátricas son de diversa naturaleza y manifestación, incluyendo trastornos de la personalidad, del comportamiento, psicosis y neurosis pero un factor común a las mismas es el estrés del paciente.

El celador, como profesional, debe asegurar el mayor grado de bienestar y seguridad de los pacientes, a través de la correcta ejecución de sus funciones respetando en todo momento los derechos y dignidad del paciente, por lo que es necesario

promover la comprensión y empatía por los pacientes del área, así como la profesionalidad y calidad de las actuaciones de los profesionales de sanidad para asegurar el bienestar de los pacientes de las áreas de salud mental.

2 Objetivos

En este artículo se pretende dar una descripción somera de las áreas de salud mental, su función, las funciones del celador en las mismas, y el protocolo de actuación en casos de reducción de pacientes psiquiátricos.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha realizado una búsqueda recopilación y revisión bibliográfica de información sobre las actuaciones de los celadores en la unidad de salud mental, acotando y seleccionando los elementos más significativos para el ámbito de trabajo del profesional celador para su posterior síntesis en este artículo.

4 Resultados

En España, el sistema de salud mental está integrado en el sistema general de sanidad mediante la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986. Actualmente, la red de salud mental a nivel nacional está compuesta por los siguientes centros:

1ºCentro de Salud Mental es la vía de acceso al resto de centros de salud mental de la red, a esta son derivados los pacientes desde las unidades de Atención Primaria u otros centros sanitarios.

2ºUnidad de Salud Mental del Hospital General: normalmente, en la planta del hospital, donde don ingresados los pacientes psiquiátricos que precisan internamiento.

3ºEstructuras intermedias, incluyen:

- Hospitales de día: como alternativa al hospital general, siendo centros con horario generalmente de mañana y tarde. En ellos se realizarán tareas de psicoterapia, terapia ocupacional, socioterapia y reeducación.
- Centro de día: similar al hospital, pero con funciones más enfocadas a la rehabilitación y socialización.

4ºCentros no hospitalarios: incluyen, centros de media y larga estancia, talleres ocupacionales y hogares protegidos.

Dentro de las unidades de salud mental, se pueden encontrar pacientes con una amplia amalgama de trastornos y patologías. Según la capacidad reeducación del paciente, podría distinguirse entre:

- Neurosis: cuando, el paciente conserva su juicio de la realidad, casos como la ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, fobias, trastornos disociativos, trastornos somatomorfos.
- Psicosis: donde, a diferencia de la neurosis, en este caso los trastornos cursan con una deformación de la realidad, con ejemplos como la esquizofrenia, trastornos esquizotípicos, esquizoafectivos o trastornos delirantes.
- Trastornos afectivos: no tienen causa orgánica conocida, destacan la depresión, manía o psicosis maniaco-depresiva.
- Trastornos de la alimentación: relacionados con la conducta alimentaria, destacan la anorexia y la bulimia.
- Trastornos del sueño.

Igualmente, según la aparición aguda o crónica, podemos distinguir entre delirios (aparición aguda), o demencias (evolución crónica).

En referencia al papel del celador en las unidades de Salud Mental, las funciones del celador serán las siguientes:

- 1ºCuidar del entorno del paciente, levantando y bajando persianas de día y de noche.
- 2ºAsistir en la higiene personal a los pacientes si lo necesitan.
- 3ºPromover el aseo personal de los pacientes.
- 4ºControl de acceso y circulación de personas en planta.
- 5ºRecogida de medicación y otros productos de Farmacia.
- 6ºAcompañar al paciente y otros sanitarios por las zonas de paseo.
- 7ºVelar por la armonía y respeto entre pacientes.
- 8ºColaboración con el personal sanitario en la administración de medicamentos en pacientes no colaboradores.
- 9ºColaboración en la reducción de pacientes agitados o violentos.
- 10ºTraslado de pacientes.
- 11ºControl de entrada de objetos al centro, evitando que se introduzcan objetos peligrosos.

Es importante señalar que el celador deberá tener con el paciente una relación de respeto, confianza, ayuda y seguridad. Como pautas de relación con el paciente,

cabe destacar las siguientes recomendaciones:

- 1ºMostrar siempre serenidad e interés.
- 2ºDirigirse siempre al paciente por su nombre.
- 3ºNo gritar ni discutir con el paciente.
- 4ºNunca amenazar, explicar siempre situaciones y métodos.
- 5ºEvitar contacto de paciente con objetos peligrosos.
- 6ºAnimar al paciente a expresarse.
- 7ºAntes de actuar con el paciente, valorar su reacción.
- 8ºObtener información del paciente.
- 9ºEvitar zonas saturadas, permitir la presencia de familiares si esto tranquiliza al paciente.
- 10ºEn caso de pacientes violentos, no actuar solo.

Finalmente, en casos de pacientes agresivos o autolesivos, puede que sea necesaria la inmovilización del paciente, dicha inmovilización deberá ser de último recurso y siempre con prescripción facultativa. La inmovilización mecánica deberá ser explicada al paciente o la familia, las sujeciones deberán estar almohadilladas y dispuestas anatómicamente de tal forma que no sean lesivas para el paciente, dicha inmovilización deberá revisarse periódicamente para determinar si se puede retirar. Los sistemas de inmovilización más usados suelen ser:

- De tronco, con correas, chalecos y sábanas, para evitar que el paciente se caiga de la cama.
- De extremidades, a tobillos y muñecas, para evitar movimientos de brazos y/o piernas.
- De manos (manoplas), para evitar que el paciente se arranque vías o evitar autolesiones.
- Férulas, en articulaciones.

Para la inmovilización del paciente, actuarán como mínimo un enfermero, el celador, un auxiliar y un vigilante. Bajo indicación del enfermero, el se inmovilizará la zona indicada, si el paciente no colabora, será inmovilizado en decúbito supino, salvo contraindicación, sujetando cada persona una de las extremidades, esto se hará de la siguiente forma: primero se inmoviliza la cintura, luego piernas y por último brazos. En caso de inmovilización parcial, se sujetará una extremidad inferior y la contraria superior (se deberán rotar las sujeciones cada 30 minutos). Cuando se vayan a retirar las sujeciones, deberán actuar igualmente los cuatro facultativos.

5 Discusión-Conclusión

Las áreas de salud mental son zonas destinadas a la atención de pacientes con trastornos psicológicos de diversa índole, estos pacientes se caracterizan por un elevado nivel de sufrimiento y estrés lo cual hace necesario que sean tratadas con un elevado nivel de atención, profesionalidad, comprensión y empatía por parte de los profesionales sanitarios encargados de su cuidado.

Es necesario aportar al paciente un ambiente lo más agradable posible para la consecución de los objetivos de salud de recuperación, rehabilitación y reinserción. En la consecución de dichos objetivos, la tare del celador adopta un papel fundamental debiendo tener frente al paciente un trato que transmita disposición a ayuda, confianza y seguridad.

6 Bibliografía

1. Egs, F. (n.d.). Campus Virtual. <https://campusformacion.net/nuevocampus/contenidos.php#contenidoscursos>
2. Investigación, R. (2022). El celador en la unidad de psiquiatría. ▷ RSI - Revista Sanitaria De Investigación. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-la-unidad-de-psiquiatria/>.
3. Ocronos, R., & Ocronos, R. (2021). Funciones y cometidos del celador en el área de Salud Mental hospitalaria. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/funciones-celador-salud-mental-hospitalaria/>
- User, S. (n.d.). Celador. <https://www.cgtsanidadlpa.org/index.php/ope-2007-celador>.

Capítulo 580

LAS FUNCIONES DE UN CELADOR EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ

MONICA MOHORTE GARCIA

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

JUAN FELIP GOLDERO

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención primaria se define como "la atención sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías realistas, científicamente sólidos y socialmente aceptables, que se hace accesible a todos los pacientes y familias de la comunidad mediante su participación".

La Atención Primaria es una parte vital del sistema nacional de salud, y esta atención fundamental y de primer nivel se desarrolla en los centros médicos con iniciativas de salud enfocadas principalmente a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud tanto individual como colectiva. Además del personal médico del centro, también son cruciales los enfermeros y otros miembros del personal no sanitarios.

Las funciones de un celador, un profesional no sanitario, pueden variar mucho dependiendo del servicio que preste. Al no existir la posibilidad de que el paciente

sea hospitalizado, las funciones del celador en los centros de salud son muy similares a las que realizan los celadores en las puertas de los hospitales. Este trabajo se realiza principalmente para apoyar al resto de profesionales del centro. con este tipo de cuidados.

Por ello, siempre deben realizarse de forma metódica y de acuerdo con protocolos establecidos que deben ser revisados y actualizados periódicamente.

2 Objetivos

Explicar las diversas tareas que debe realizar un celador en la atención primaria y cómo afectan la salud de los pacientes.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática del cuerpo actual de literatura científica como parte de la investigación para el desarrollo de este capítulo. Se han encontrado artículos científicos seleccionados de publicaciones académicas revisadas por pares mediante una búsqueda sistemática de libros y artículos en las tres principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline.

4 Resultados

Aunque los celadores suelen estar capacitados para desempeñar sus funciones independientemente del lugar de trabajo en el que estén empleados, podemos enumerar qué tareas realizan con mayor frecuencia en atención primaria:

- Vigilancia y seguridad: El celador es responsable de asegurarse de que todas las instalaciones y dependencias del centro médico se encuentren en impecable estado y limpieza. Se creará un ambiente agradable tanto para el trabajador como para el paciente asegurándose de que los pacientes y sus visitantes al centro mantengan el orden y traten de guardar silencio.
- Información y atención centrada en el usuario: Los celadores están en contacto con los pacientes y tienen acceso al público como parte de su función de informarles del lugar, fecha y hora de las consultas. El celador a cargo del control dará la bienvenida con prontitud y cortesía a los pacientes cuando entren a las instalaciones, y estará dispuesto a atender y responder a cualquier consulta que entre dentro de su área de especialización.

Al centro de salud llegan pacientes con movilidad reducida o que no pueden valerse por sí mismos, siendo responsabilidad del celador transportar a estos pacientes a las consultas o a otros lugares que sean necesarios. Es importante señalar que esta función es una de las más comunes. También podemos comprender cómo se conducen los dispositivos dentro del centro médico como una transferencia.

Reponer el material faltante en las consultas y, en general, en las dependencias del centro de salud. El celador también es responsable de gestionar los equipos de reproducción como fotocopadoras y otras máquinas auxiliares.

- Distribución de documentación: Cuando sea requerido, se encargará de trasladar la documentación requerida, así como las historias clínicas de los pacientes.
- Apoyo a la experiencia de otros miembros del equipo: además de trasladar el equipo y los documentos (como los registros médicos), es posible que el celador deba ayudar al personal médico con intervenciones y curas menores.

Para lograr la salud a través de la atención primaria es necesario reunir y reorganizar los recursos físicos, humanos o materiales para que funcionen de acuerdo con el nivel de complejidad, establecer niveles ideales y utilizar los protocolos de actuación necesarios.

Al poner énfasis en la formación adecuada del personal sanitario, es posible garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada y al mismo tiempo proteger de complicaciones tanto al personal médico como al no médico. Esto garantiza que todos los involucrados estarán protegidos y se evitarán complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Por ello, siempre deben realizarse de forma metódica y de acuerdo con protocolos establecidos que deben ser revisados y actualizados periódicamente. Está demostrado que si se establecen niveles óptimos y se utilizan los protocolos de actuación necesarios se asegura un cuidado y protección adecuados al paciente para prevenir complicaciones.

En definitiva, hay que asignar recursos, incluidas las mencionadas inversiones en formación de trabajadores, porque la atención primaria debe ser vista como la columna vertebral del sistema y no sólo como una puerta de entrada o un nivel de atención básica, a pesar de que la mayoría de la población valora la atención especializada.

Debemos depositar nuestra confianza en la atención primaria, creyendo que es necesario un cambio de paradigmas, centrándonos más en orientar al paciente

hacia el cuidado que sólo hacia la curación, y es en este cuidado donde el papel del celador juega un papel integral y crucial en la equipo de salud del centro de atención primaria.

6 Bibliografía

1. <https://www.scielo.org/es/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 581

EL CELADOR EN LA SUJECCIÓN MECÁNICA DE PACIENTES AGITADOS

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ

MONICA MOHORTE GARCIA

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

JUAN FELIP GOLDERO

1 Introducción

Contener físicamente al paciente se conoce como restricción mecánica y se realiza para garantizar la seguridad del paciente, así como la seguridad de sus seres queridos, el personal del hospital y/u otros pacientes.

Para lograr una sujeción adecuada y segura, los celadores y el personal médico deben conocer el protocolo a seguir.

Es necesario confirmar que los materiales a utilizar se encuentran en buen estado y que existe personal suficiente para realizar la contención antes de avanzar con la contención.

Los celadores y el personal médico que participarán en la inmovilización deben quitarse todas las joyas, incluidas pulseras, colgantes y aretes.

El celador debe asegurarse de que la cama esté sujeta y que no haya obstrucciones, retirándolas según sea necesario. Junto al personal de enfermería prepararán el equipo de contención necesario, colocando el cinturón abdominal sobre la cama apoyado en los armazones y dejándolo abierto para que el paciente pueda recostar su tronco sobre él.

Lo colocarán en el medio de la cama y luego usarán el cinturón abdominal para mantener el tronco en su lugar. Después de eso, las correas se sujetarán a tus tobillos con las piernas ligeramente separadas.

Se requiere un mínimo de cuatro personas (una para cada extremidad) para sujetar físicamente a un paciente que está molesto o actúa violentamente; sin embargo, se prefieren cinco personas porque la quinta persona sujetará la cabeza del paciente para evitar que se golpee y se lastime.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer los celadores el protocolo y las pautas a seguir para la contención de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se realizó una búsqueda de los artículos clave, así como una revisión bibliográfica en las bases de datos clave como Pubmed, Scielo y Medline, así como en motores de búsqueda como Google mediante palabras clave.

4 Resultados

Sin orden médica escrita del médico correspondiente, las salas y el personal médico no pueden contener al paciente.

Además, antes de realizar el procedimiento, se informará a la familia del paciente que el paciente será inmovilizado junto con las justificaciones de la decisión.

Los objetivos de la restricción física son:

- Disminuir la posibilidad de que los pacientes se caigan.
- Limitar el movimiento del paciente para evitar que retire las sondas, vías o drenajes.
- Evitar que los pacientes se lastimen o ataquen a otros.
- Facilitar la administración de alimentos y medicamentos.

Para la fijación mecánica se utilizarán los siguientes materiales:

- Se coloca un cinturón abdominal ancho alrededor de la cintura del paciente para reducir el riesgo de caídas, hace posible que el paciente se siente parcialmente erguido y gire en ambos sentidos.
- Se envuelven cintas para las extremidades superiores alrededor de las muñecas para restringir el movimiento del brazo.
- Cintas para miembros inferiores: Se aplican en los tobillos para restringir el movimiento de las piernas.

Los botones magnéticos se liberan mediante una llave magnética.

- Botones magnéticos: Se insertan en las aberturas que muestran las correas para las extremidades y el cinturón abdominal. Sólo se pueden abrir mediante la llave magnética, evitando que los pacientes u otras personas no autorizadas puedan manipularlos y liberar al paciente.
- Nunca fijar el cinturón abdominal, las correas para los miembros superiores o las correas para los miembros inferiores a las barandillas de la cama; fíjelos siempre al marco de la cama.

Para prevenir En las heridas y lesiones producidas por el rozamiento y presión ejercida por los materiales de contención sobre el cuerpo de los pacientes, las partes de los materiales que entren en contacto con los mismos serán acolchadas. Existen dos tipos de sujeción: la sujeción parcial y la sujeción general.

- Sujeción parcial: el confinamiento del tronco y dos extremidades (una inferior y otra superior en diagonal, es decir, el brazo derecho con la pierna izquierda o el brazo izquierdo con la pierna derecha).
- Soporte general: consiste en mantener firme el tronco y las cuatro extremidades del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Debido a su experiencia profesional en la movilización del paciente, el celador desempeña un papel crucial en la sujeción mecánica.

El paciente siempre recibirá la atención adecuada, sin que se intente humillarlo o herirlo. La contención se llevará a cabo de acuerdo con las indicaciones del personal médico.

El paciente será firmemente agarrado por los celadores y personal médico mientras intentan evitar forzar las extremidades del paciente, evitar que se golpee y tratar de calmarlo, respetando siempre su privacidad.

Además de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formación continuada en

este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

6 Bibliografía

1. Protocolo general de sujeción mecánica. Hospital universitario Ramón y Cajal. Disponible en: http://www.hrc.es/pdf/asistencia/enfermeria/protocolos/prt_SujeccionMecanica.pdf.

Capítulo 582

EL CELADOR Y SU ACTUACION ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ

MONICA MOHORTE GARCIA

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

JUAN FELIP GOLDERO

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

1 Introducción

Las úlceras por presión son una complicación común de los pacientes hospitalizados, particularmente aquellos que tienen movilidad limitada o pasan mucho tiempo en cama. Debido a la posibilidad de que estas úlceras causen un dolor insoportable y tengan dificultades para curarse, la calidad de vida del paciente puede verse afectada y su estancia hospitalaria puede alargarse.

El personal hospitalario debe ser responsable del tratamiento dado a los pacientes con úlceras por presión en lugar de tratarlas como una enfermedad. Estas lesiones son cutáneas y pueden causar infecciones graves porque surgen como resultado de que los pacientes pasan demasiado tiempo en una posición.

Es fundamental prevenir las úlceras por presión, y para ello los enfermeros que trabajan en el campo médico son fundamentales. Para prevenir y tratar las úlceras por presión es fundamental tener conocimientos y tomar las medidas ade-

cuadas. Este artículo repasará los objetivos, la metodología, los hallazgos y las conclusiones del estudio.

El celador atiende a los pacientes, haciéndolos parte del personal del hospital y debe ser consciente de la gravedad de estas lesiones.

Además de ayudar al personal de enfermería y a los técnicos auxiliares de enfermería a ajustar la postura de los pacientes confinados en las camas, los enfermeros también realizan otras tareas.

2 Objetivos

El análisis de la función del celador en la prevención y en el tratamiento de las úlceras por presión es el objetivo principal de este trabajo.

3 Metodología

Además de la información y los datos recopilados de diversas revistas científicas y experiencias personales, otras fuentes de información incluyen contenido de varias páginas web de Internet, bases de datos principales de artículos académicos y literatura existente de todos los tiempos.

4 Resultados

Una afección de la piel conocida como úlcera por presión suele aparecer sobre una prominencia ósea o en áreas donde ha habido un amplio apoyo a largo plazo. Para obtener los resultados deseados, es preferible cambiar de postura con frecuencia durante dos a cuatro horas. Las posiciones anatómicas más típicas son:

- Relajado.
- Decúbito lateral a izquierda y derecha.

Una forma de tratar este tipo de daño cutáneo es mediante la prevención. Algunas formas de evitar que aparezcan como lo hacen son realizar ajustes posturales frecuentes y efectivos, cuidar bien la piel, proporcionar una dieta que satisfaga las necesidades nutricionales de su paciente, limpiar a fondo y con frecuencia y utilizar los materiales adecuados, como anti -colchones de decúbito.

El celador ayuda e interviene en las movilizaciones y ajustes posturales así como en las acciones mencionadas en la frase anterior; en consecuencia, sus funciones y atención se concentrarán en estos dos aspectos.

Para que los pacientes y cuidadores (incluidos profesionales médicos, enfermeras, asistentes, enfermeros, psicólogos, voluntarios, etc.) reciban cuidados paliativos, se requiere un enfoque de equipo y son una parte esencial de ese equipo, brindando a los pacientes de cuidados paliativos la comodidad que necesitan; no debe cuantificarse. Se requiere que los asistentes siempre respeten, honren, apoyen, escuchen y tengan empatía con los pacientes y sus familias, además de con el paciente). necesidades y creencias religiosas.

Los celadores deben interactuar respetuosamente con los pacientes y sus familias a través de comunicación verbal, comunicación no verbal inequívoca y gestos, posturas y actitudes apropiadas. Los asistentes siempre deben aceptar las preguntas de los pacientes y familiares y ser muy conscientes de su idioma.

Otro deber de los celadores es ayudar a las enfermeras y a los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería con los ajustes posturales de los pacientes encamados.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores pueden prevenir y tratar las úlceras por presión ayudando a los pacientes a moverse, ajustando la posición del paciente en la cama y revisando periódicamente la piel del paciente para detectar signos de úlceras por presión. Esta realidad no sólo afecta a los pacientes sino también a sus familias. Por esta razón, los celadores deben de cuidarlos, tratarlos con respeto y compasión y ayudarlos en todo lo que necesiten.

Es fundamental que la familia tome medidas para brindar consuelo y disminuir el sufrimiento cuando un paciente se acerca al final de su vida porque aceptará la situación más fácilmente si el proceso es controlado e indoloro.

6 Bibliografía

- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6261622>
- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300006

Capítulo 583

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ALMACÉN DE SUMINISTROS

JUAN MARTINEZ ORTEGA

MARÍA ISABEL LEO MOLERO

MANUEL ANGULO ESCRIBANO

BEATRIZ ESTEBAN SIERRA

LUIS FERNANDO HERVAS RICO

1 Introducción

Un almacén se define como el local, instalación o edificio destinado a guardar gran cantidad de artículos, mercancías o materiales para su posterior utilización o distribución. Los almacenes son estructurados y planificados de forma que el objetivo principal consista en la optimización del espacio disponible para llevar a cabo las funciones de almacenamiento de la forma más eficiente posible.

En todos los hospitales existe un almacén hospitalario encargado de la recepción de todas las mercancías necesarias para llevar a cabo la labor sanitaria que se desempeña en un hospital, como por ejemplo toda la ropa sábanas etcétera utilizadas en lencería, elementos de farmacia pesada, material clínico fungible, material quirúrgico, papelería, elementos de mantenimiento, etcétera.

El objetivo de un almacén perteneciente a una institución sanitaria como es el hospital, consiste en asegurar el aprovisionamiento de los materiales necesarios en cada servicio así como todas las unidades del hospital, de forma continua

y procurando que se cumplan estándares de coste-efectividad y coste-utilidad. En el ámbito de los servicios de salud el concepto de coste efectividad es ampliamente utilizado para la planificación y gestión de múltiples actividades sanitarias, y hace referencia a la relación que hay entre el coste de la intervención y una medida relevante de su efecto.

En el presente texto se analizarán las funciones que recaen sobre la figura del celador en el almacén de suministros.

2 Objetivos

Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en el almacén de suministros.
-Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en esta unidad.

-Poner en valor el trabajo que realiza el celador en el almacén de suministros, necesario para el correcto funcionamiento del mismo.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “almacén de suministros”, 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

Un almacén hospitalario hoy cumple multitud de funciones, como lo son la recepción de todo el material sanitario y no sanitario que ha sido proporcionado

por los proveedores externos, para que la labor de la institución sanitaria se desempeñe de forma correcta. En el almacén también se lleva a cabo el establecimiento del control de calidad, así como el almacenamiento de las mercancías, y la preparación, custodia y expedición de los pedidos, De tal forma que se garantice el aprovisionamiento a todas las unidades o servicios de la institución hospitalaria.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

El celador será el encargado de llevar a cabo la recepción de las mercancías, decidiendo si aceptar o no las mismas, en cuanto a la realización de la comprobación de que el número de bultos confirme que el albarán es el correcto, esto es, llevar a cabo el control cuantitativo de los pedidos.

Una vez recibida la mercancía, el celador se encargará de revisar la misma y llevar a cabo su carga y descarga, para posteriormente colocar de forma correcta y ordenada los artículos recibidos dentro del almacén.

El celador se encargará de asegurarse de que los vales de los pedidos son correctos, para así poder realizar la entrega del material.

El celador también se encargará de la preparación correcta de los pedidos, así como su transporte, reparto, y distribución de los mismos por las diferentes plantas servicios y unidades de la institución hospitalaria.

El celador colaborará en la realización del inventario diario del material, incluyendo las entradas y las salidas, participando también en la realización del inventario general.

Si el celador observará alguna fuga o desperfecto en el interior del almacén de suministros, deberá comunicarlo directamente a su superior.

El celador velará porque no entre personal no autorizado en el almacén de suministros.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto a lo largo del presente texto, el almacén de suministros realiza una función muy importante dentro de cada hospital, encargándose del aprovisionamiento, recepción de la mercancía, custodia y clasificación de la misma, reparto de los pedidos a las diferentes áreas del hospital, etc.

Resulta de vital importancia mantener el orden en esta unidad, y comprobar los albaranes y los vales de los pedidos, así como asegurar su correcto inventario diario. El celador, con su labor, realiza multitud de estas funciones y contribuye a que el almacén de suministros funcione de forma adecuada y eficiente, para así

poder prestar un servicio óptimo al resto de áreas del hospital, lo cual contribuye a agilizar la labor asistencial y que esta se desarrolle de forma óptima.

6 Bibliografía

1. CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS: Tema 26. El Celador en el Almacén. Suministros Hospitalarios. (n.d.). Retrieved August 13, 2023, from <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-26-el-celador-en-el-servicio-del.html>
2. Función del celador en el almacén y gestión de suministros. (n.d.). Retrieved August 13, 2023, from <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funcion-del-celador-en-el-almacen-y-gestion-de-suministros/>

Capítulo 584

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN

BEATRIZ ESTEBAN SIERRA

JUAN MARTINEZ ORTEGA

MARÍA ISABEL LEO MOLERO

MANUEL ANGULO ESCRIBANO

LUIS FERNANDO HERVAS RICO

1 Introducción

La unidad de reanimación es un área de hospitalización que pertenece al servicio de anestesiología y reanimación y se encarga de brindar continuidad asistencial a los pacientes posquirúrgicos que bien por la envergadura de la intervención quirúrgica, la existencia de complicaciones o su fragilidad, requieren de cuidados intensivos y vigilancia continuada. No todos los pacientes que se encuentran en reanimación son postquirúrgicos, pues según la organización del hospital en reanimación ingresan pacientes críticos de otras especialidades, al igual que no todos los pacientes postquirúrgicos van a reanimación, sino que según la especialidad pueden ingresar en la unidad de cuidados intensivos o en reanimación. En reanimación trabajan equipos multidisciplinarios integrados por anestesistas, personal de enfermería, auxiliares de enfermería, celadores, etc. Los facultativos de la especialidad de anestesiología y reanimación cuentan con una extensa formación en medicina intensiva y manejo de la vía aérea. En esta unidad se ofrecen

cuidados de carácter integral, con el objetivo de disminuir las posibles complicaciones quirúrgicas y una óptima recuperación del paciente, pues generalmente en esta unidad, se encuentran pacientes críticos, estos son aquellos pacientes que están en una situación de riesgo vital o potencial, debido a una inestabilidad orgánica, estructural o funcional.

En el presente texto se analizan las funciones del celador en la unidad de reanimación.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en la unidad de reanimación.
- Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en esta unidad.
- Poner en valor el trabajo que realiza el celador en la unidad de reanimación, necesario para el correcto funcionamiento de la misma.

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”, “reanimación”, “cirugía”, 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

Como se ha explicado anteriormente los pacientes de reanimación son pacientes críticos susceptibles de entrar en fallo orgánico, sepsis, y una extensa lista de

posibles complicaciones; es por ello por lo que necesitan estar monitorizados de forma continua y cuentan con un equipo multidisciplinar a su servicio en la unidad de reanimación.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

El celador se encargará del transporte de los pacientes en camilla tras la intervención quirúrgica hasta la unidad de reanimación.

Los celadores se encargarán del transporte de todo el aparataje médico, material, inmobiliario, etc., que les sea indicado por sus superiores.

Los celadores en todo momento dentro de esta unidad deberán llevar batas asépticas desechables, las cuales desecharán cada vez que salgan de la unidad.

Los celadores se encargarán del transporte a la unidad de reanimación de las cajas de farmacia pesada, como las cajas de suero, alcohol, clorhexidina, etc., así como de las botellas de oxígeno y los contenedores con residuos.

Los celadores colaborarán con el personal de auxiliar de enfermería en las labores de higiene.

Los celadores recogerán al final de la jornada las jaulas con los pijamas sucios y las llevarán a lencería.

Si fuera necesario, los celadores colaborarán en pequeñas tareas con el personal sanitario cuando así les sea solicitado, como, por ejemplo, en la movilización de un paciente.

Los celadores velarán por el orden en la unidad de reanimación evitando la entrada a todo personal no autorizado.

Los celadores deberán conocer las medidas de higiene y asepsia, así como los protocolos de seguridad para saber como deben actuar en caso de emergencia.

Otra obligación del celador de reanimación será conocer el protocolo de defunción del hospital, para llevar a cabo los traslados de los exitus cuando así sea requerido.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto a lo largo del presente texto, la unidad de reanimación es un área muy compleja del hospital en la que trabajan multitud de profesionales, entre los que se encuentra el celador. Esta unidad contiene a pacientes postquirúrgicos que se encuentran en riesgo vital y por lo tanto necesitan cuidados especiales. El celador que trabaja en la unidad de reanimación debe estar en continua formación sobre protocolos de asepsia y antisepsia, higiene, movilización correcta de pacientes, protocolo de defunciones, actuación en caso de emergencias, etc.

El celador, con su labor, contribuye junto al resto de profesionales de la unidad de reanimación a que esta funcione de manera óptima y preste al usuario un servicio de salud de calidad.

6 Bibliografía

1. El celador en Medicina Intensiva y Reanimación - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved August 4, 2023, from <https://revistamedica.com/celador-medicina-intensiva-reanimacion-salud/>
2. CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS: Tema 1. El Celador: Funciones Generales. (n.d.). Retrieved August 4, 2023, from <http://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html>

Capítulo 585

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO QUE TELETRABAJANDO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ

MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO

JOSE HERREROS MAGAN

SERGIO HERREROS ROSILLO

MARIA GEMA JIMENEZ HIDALGO

1 Introducción

Antes que la pandemia Covid-19 nos forzara a cambiar el modelo de relaciones laborales y la forma de trabajar, evitando las concentraciones humanas en espacios cerrados, en las distintas administraciones públicas de España, y particularmente en la sanitaria, el teletrabajo era prácticamente una opción marginal, circunscrita a casos muy concretos. Por una parte, esto se debía a que en España estaba arraigado tradicionalmente el trabajo presencial.

Como consecuencia, por otra, los medios necesarios para digitalizar documentos y abandonar poco a poco el documento en papel escaseaban, además de faltar una adecuada interconexión entre unas administraciones y otras, así como a nivel interno.

Como consecuencia de los imperativos impuestos por un mundo impredecible y cambiante, hoy se ha comprendido la necesidad de usar esa interconexión digital para poder trabajar desde cualquier parte, habitualmente desde casa, minimizando los terribles impactos que han supuesto y pueden volver a suponer los confinamientos domiciliarios, pudiendo seguir dando un servicio de calidad, también en el ámbito sanitario.

Se ha ido consolidando como una forma de trabajar en la que se evitan contagios, se puede conciliar mejor la vida familiar y laboral, e incluso el servicio que se ofrece pueda llegar a ser más eficiente. Siempre teniendo en cuenta que no en todos los casos se podrá teletrabajar; no se puede erradicar la presencialidad en su totalidad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar qué ventajas reporta para la administración sanitaria y para el usuario esta forma de trabajo.

Objetivo secundario:

- Identificar los inconvenientes que trae consigo no estar presencialmente atendiendo al usuario.

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 dato, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En la administración sanitaria muchos puestos de trabajo deben ser presenciales y no pueden ser adaptados al teletrabajo. Se ha demostrado que muchas de las funciones de este personal han podido realizarse fuera de las dependencias de la Administración.

Una relación de puestos que si aceptan el teletrabajo por no necesitar supervisión serían:

- Citaciones: El personal que durante el estado de alarma ha estado citando a las personas para vacunarse y para consultar con médicos de distintas especialidades.
 - Sección de Personal: Redacción de contratos, gestión administrativa, altas y bajas, vacaciones y permisos del personal.
 - Sección de contratación: Conformación de contratos entre la Administración y empresas para bienes inmuebles, como alquiler de naves para almacenamiento de mercancías o bienes muebles.
 - Sección de suministros: Todos los bienes fungibles necesarios para el trabajo diario de la sanidad, desde bolígrafos a material para impresión de radiografías, medios y equipos que se precisen en hospitales y centros de salud, así como parque móvil.
 - Sección de contabilidad y facturación: Tramitación de facturas y contabilidad para el control del gasto e ingreso presupuestario.
- Otra de las cuestiones a tener en cuenta son las ventajas que este cambio de modelo aporta a nivel personal y profesional como:
- Se facilita la conciliación de vida familiar y laboral.
 - No hay necesidad de invertir tiempo en desplazamientos de ida y vuelta al lugar de trabajo.
 - Mayor comodidad y menos estrés en el entorno de trabajo.
 - Menor posibilidad de contagio de enfermedades.
- Sin embargo, también presenta una serie de desventajas:
- Falta de contacto con compañeros y posibilidad de aislamiento social.
 - No disposición de un lugar adecuado para trabajar.
 - Problemas físicos como lumbalgia, fatiga visual por falta de buena iluminación, dolor cervical o sedentarismo.

5 Discusión-Conclusión

El teletrabajo es una realidad que ha llegado a nuestra vida para quedarse e incluso incrementarse con el paso del tiempo. Tanto es así que ya se ha regulado mediante la publicación de varias leyes que lo desarrollan y regulan.

En la administración sanitaria hemos visto algunos ejemplos de los puestos que se pueden desarrollar con este método de trabajo; siempre teniendo en cuenta que cada persona es diferente, y cuando el puesto lo permita, lo idóneo sería que sea el propio trabajador, sea el que pueda decidir libremente dentro de un contexto y unos límites si prefiere el teletrabajo o el trabajo presencial.

Para ello se pueden tomar como referencia las ventajas y los inconvenientes hasta ahora expuestos.

6 Bibliografía

1. <https://congresosicepa.com/teletrabajo-personal-administrativo-salud/>
2. <https://revistamedica.com/teletrabajo-auxiliares-administrativos/>
3. https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20140613/instrucciones_teletrabajo.pdf

Capítulo 586

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO QUE SE ENCARGA DE LAS GESTIONES DE LOS ALMACENES HOSPITALARIOS

MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ

MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO

JOSE HERREROS MAGAN

SERGIO HERREROS ROSILLO

MARIA GEMA JIMENEZ HIDALGO

1 Introducción

El almacén del servicio de salud es el lugar donde se depositan, para su posterior distribución, los diferentes productos sanitarios. En estos productos se engloban desde batas médicas a apósitos, medicamentos e incluso desde la aparición del Covid-19 todo lo necesario para la dispensación de la vacuna. El objetivo del almacén es mantener en depósito todas las mercancías necesarias para la realización de la actividad de la sanidad en cuanto a equipamientos y materiales. Forma parte de la logística del servicio de salud que deberá estar bien diseñada y planificada. Existen varios tipos de almacenes (centrales, hospitalarios y en los diferentes centros de salud) y es importante que estén bien localizados para que la distribución de la mercancía se realice de forma eficiente.

Las funciones que se realizan en un almacén sanitario y que se desarrollarán más adelante comprenden el control y la gestión de las mercancías, su almacenamiento y su mantenimiento, la devolución de mercancías defectuosas o que no pasen los controles de calidad exigidos así como tener una buena rotación de stocks y elaborar la documentación utilizada por el almacén. En un almacén hospitalario hay dos tipos de trabajadores.

Por un lado, están los celadores (son los encargados de mover la mercancía) y por otro los auxiliares administrativos sanitarios (que realizan el resto de funciones que se desarrollarán más adelante).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las diferencias entre los distintos tipos de almacenes sanitarios que existen.

Objetivo secundario:

- Identificar las funciones que realizan los auxiliares administrativos sanitarios en los almacenes.

3 Metodología

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

4 Resultados

No existe un único tipo de almacén en el servicio de salud. Los diferentes tipos y sus características son:

- Centrales: son grandes depósitos que abastecen a toda una Comunidad Autónoma, provincia o a más de un hospital. Almacenan todo tipo de mercancías y productos.
Suelen tener altos niveles de stock, aunque roten de manera continua en la mayoría de los casos

. - Hospitalarios: son depósitos grandes o medianos que abastecen a más de un hospital. Los niveles de stock son menores que en los centrales y tienen una mayor rotación. Entran y salen las mercancías con una mayor frecuencia. Se abastecen de los centrales.

- De centros de salud: son depósitos más pequeños que los anteriores. Sus stocks son mercancías cuyo uso es prácticamente para el día a día. Las existencias que se almacenan son las mínimas que permitan satisfacer la actividad normal de estos centros.

Se abastecen de los almacenes de hospital. En cuanto a las actividades que se desarrollan en los almacenes sanitarios y las funciones que los auxiliares administrativos sanitarios desarrollan en cada una de ellas, se encuentran las siguientes:

- El almacenamiento y recepción de las mercancías: cuando los proveedores envían sus mercancías, se almacenarán siguiendo una logística definida. Por ejemplo, hay que tener en cuenta las fechas de caducidad para dar salida a los que venzan primero. La labor del trabajador es comprobar que los albaranes coincidan entre sí y con la mercancía recibida.

A su vez, deben comprobar que la mercancía recibida está en buenas condiciones. Una vez que todo esté correcto, deberán saber dónde se colocarán esas mercancías, en las zonas idóneas para ello.

- El mantenimiento de las mercancías: Los productos almacenados deben encontrarse en perfectas condiciones para su posterior uso. Para ello, los auxiliares administrativos deben conocer y tener una formación actualizada sobre las leyes acerca de la salud y la higiene en el trabajo.

- La distribución: los auxiliares administrativos deben llevar un control contable de los productos que entran y los que salen.

Cuando se les realicen pedidos de los diferentes centros a los que distribuyen tienen que verificar que tienen ese stock y a continuación proceder con los celadores para su paletización para el posterior envío. A su vez, tienen que tener en cuenta que deberán reponer esa mercancía para una futura necesidad.

5 Discusión-Conclusión

La labor del auxiliar administrativo sanitario en los almacenes del servicio de salud es fundamental. Como se ha visto, son los encargados de gestionar toda la mercancía. Tienen que planificar tanto el tiempo como la salida y entrada de mercancía.

Esto requiere que sepan cuáles son las necesidades, que serán diferentes dependiendo de en qué almacén trabajen. A su vez deben controlar la recepción de esa

mercancía. Que esté en buenas condiciones y corresponda a lo comprado a los proveedores.

Deben conocer la logística del almacén sanitario en el que trabajen para el correcto almacenamiento de los productos, ya que no es lo mismo almacenar guantes desechables que productos farmacéuticos que necesiten unas temperaturas específicas para su conservación.

6 Bibliografía

1. <https://www.euroinnova.edu.es/profesion/auxiliar-de-almacen-deproductosfarmaceuticos-y-afines>.
2. <https://es.slideshare.net/Gesain/test-tema-5-almacenes-sanitarios-controldeexistencias-normativa>.

Capítulo 587

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN FARMACIAS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ

MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO

JOSE HERREROS MAGAN

SERGIO HERREROS ROSILLO

MARIA GEMA JIMENEZ HIDALGO

1 Introducción

En un hospital, las tareas que se realizan en farmacia desempeñan un papel esencial al proporcionar los medicamentos y productos farmacéuticos necesarios para el tratamiento de los pacientes tanto en las unidades de hospitalización como en los casos de atención ambulatoria.

El equipo de farmacia está compuesto por diferentes profesionales de la salud, incluyendo farmacéuticos, auxiliares de enfermería, enfermeras diplomadas, médicos especialistas en farmacia hospitalaria, auxiliares administrativos y celadores. Cada uno de ellos desempeña un papel específico y colabora en la gestión eficiente de los medicamentos y productos farmacéuticos.

La principal función del servicio de farmacia es garantizar la disponibilidad de medicamentos y productos galénicos necesarios para los pacientes ingresados

en las unidades de hospitalización. Esto implica adquirir, almacenar y distribuir los medicamentos de manera adecuada, siguiendo los protocolos y normativas establecidas.

Además, el personal de farmacia también se encarga de atender las necesidades de aquellos pacientes que requieren medicación en régimen ambulatorio, a lo que conlleva asegurar la disponibilidad de medicamentos y su entrega oportuna a los pacientes que acuden al hospital para recibir tratamiento sin ser hospitalizados. En este capítulo, se detallarán todas las labores que lleva a cabo el personal de auxiliar administrativo en las farmacias de los hospitales y la importancia de estos.

2 Objetivos

Dar a conocer las tareas que realiza el auxiliar administrativo en las farmacias de los hospitales.

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.

4 Resultados

Labores que realizan los auxiliares administrativos en el área de farmacia de los centros hospitalarios:

- El personal administrativo desempeña un papel crucial en la repartición de medicamentos y otros productos a las unidades de hospitalización. Esta tarea incluye el desplazamiento de las solicitudes de los diferentes servicios hacia la farmacia, así como el transporte de los envases de unidosis desde la farmacia hasta las plantas utilizando un carro especial llamado “carro de unidosis”.
- Además, se encargan de enviar a la dirección médica los informes pertinentes que justifiquen el estado del presupuesto y el cumplimiento del mismo. También son responsables de emitir, dar seguimiento, recibir y conservar los pedidos de medicamentos que vienen en la guía, acorde con las determinaciones de la

Comisión de Farmacia y Terapéutica, asegurando que los stocks se mantengan correspondientes a los niveles de consumo. Estas últimas tareas hacen referencia a llevar un control de inventario

- Otra tarea importante del personal administrativo es la emisión y divulgación de informes sobre la ingesta de medicamentos, correspondiente a distintos criterios como unidades de enfermería, servicios médicos, patologías, laboratorios y medicamentos específicos. Estos informes proporcionan información valiosa para la gestión y toma de decisiones relacionadas con los medicamentos.

-Por último, el personal administrativo también se encarga de la llegada del material, verificando que los productos entregados coincidan con los registros en los albaranes de entrega. En caso de discrepancia, se debe consultar con el responsable de la farmacia y no se debe aceptar el material si no se corresponde correctamente.

Estas tareas administrativas son fundamentales para garantizar un flujo eficiente de medicamentos y productos en las unidades de hospitalización, contribuyendo así a una atención de calidad y segura para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el servicio de farmacia en un hospital desempeña diversas funciones en el ámbito clínico, que se incorpora en labor y nivel en el hospital. Las actividades farmacéuticas que se realizan abarcan aspectos sanitarios, administrativos, tecnológicos y científicos. En otras palabras, el servicio de farmacia cumple roles gerenciales, logísticos y clínicos con el objetivo de brindar apoyo médico, educativo y de investigación.

Entre los deberes del servicio de farmacia se encuentra la adquisición, conservación, distribución y producción de medicinas, asegurando que los fármacos estén disponibles y en óptimas condiciones.

Asimismo, se encarga de la selección y evaluación de estos, proporcionando información relevante sobre tratamientos farmacológicos, actividades farmacocinéticas clínicas, fármaco vigilancia, y control de productos en la investigación clínica a los profesionales de salud.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/labor-auxiliar-administrativo-unidad-farmaciahospitalaria/>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 588

EL CELADOR EN LA MANIPULACIÓN DE CARGAS

PABLO MARTÍN ESCABIAS

CARLOS JESUS CARMONA HIDALGO

JORGE FRANCISCO MARTÍN MAZA

1 Introducción

Tenemos que comenzar hablando de los conceptos de carga y su manipulación, para así poder desarrollar los aspectos más importantes del celador en la manipulación de cargas y la forma más óptima para evitar posibles lesiones y factores de riesgo.

El concepto de carga debe ser entendido como cualquier objeto susceptible de ser movido, por otro lado, también se considera carga el transporte de animales y de personas, por último, también añadiremos en el concepto de carga los materiales y objetos que se manejan por medios mecánicos como grúas y carretillas hidráulicas que se requieran en la operación, la precisión y el esfuerzo humano para su traslado y colocación.

Ahora, pasaremos a definir el concepto de manipulación de cargas, que será entendido como cualquier operación de transporte o sujeción por parte de uno o varios individuos de una carga que debe ser empujada, desplazada, colocada y en el que la tracción en el desplazamiento, por sus características o condiciones ergonómicas incorrectas puedan ocasionar lesiones, entrañen riesgos para los trabajadores y en particular lesiones dorso-lumbares para el celador.

La lesión dorso-lumbar viene recogida en la directiva 90/269/CEE, donde se establece la disposición mínima de seguridad y de salud relativas a la manipulación de cargas por parte de los trabajadores y que entrañen riesgos físicos.

2 Objetivos

- Dar información sobre los factores de riesgo que están presentes en la manipulación de cargas y de cómo prevenirlos.
- Fomentar el uso correcto de los equipos de protección individual.
- Conocer la metodología para la correcta manipulación de cargas, además de conocer las características de los tipos de cargas que nos podemos encontrar.

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

Tras un exhaustivo estudio hemos obtenido como resultados, el procedimiento más eficiente para el levantamiento de cargas en situaciones hospitalarias.

1. Para empezar tenemos que planificar el levantamiento: observar las indicaciones del embalaje, si no lo tiene observar cuidadosamente el objeto, si el peso es excesivo (25 kg como máximo), pedir ayuda a otro profesional.
2. Colocación de los pies: separar bien los pies en una postura equilibrada y estable para el levantamiento, colocaremos un pie más adelante que el otro en la dirección del movimiento, doblando las piernas con la espalda recta, por último no girar el tronco o forzar posturas que puedan acarrear futuras lesiones.
3. Usar un agarre firme: sujetar la carga usando ambas manos, intentado que esté pegada al cuerpo, uno de los mejores agarres es el agarre de gancho, peor lo más importante es, que sea seguro.

4. Realizar un levantamiento suave: por extensiones de las piernas, manteniendo la espalda recta sin dar tirones.
5. Evitación de giros: mover los pies con cuidado, pero sin realizar giros bruscos con el tronco.
6. Carga pegada: en el desplazamiento y en todo el tiempo que sea posible durante la acción de carga y traslado.
7. En la deposición de la carga: deberemos depositarla y después ajustar la posición si fuese necesario, además realizaremos el levantamiento con paradas durante el mismo.

Continuaremos hablando de las posibles lesiones y factores de riesgo:

Las lesiones se producen por la manipulación incorrecta de las cargas, pueden empezar como lesiones leves, pero al acumularse pueden ocasionar enfermedades en la columna vertebral, podemos destacar cortes, heridas, fracturas especialmente, las músculo-esqueléticas que pueden ocasionarse en cualquier parte del cuerpo, aunque suelen ser más frecuentes en la parte superior.

Dentro de los factores de riesgo el más frecuente es el dorso-lumbar y se pueden dar en estos casos:

1. Atendiendo a las características de la carga.
2. Atendiendo al individuo que realiza la acción.
3. Atendiendo a las características del movimiento realizado.
4. Atendiendo a las características del medio de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Después de lo aportado en esta investigación y análisis, tenemos que destacar los riesgos que pueden ocasionar una mala manipulación de cargas, por ende se tiene que formar e informar a todos los trabajadores sanitarios y no sanitarios, especialmente a los celadores, sobre los riesgos que pueden tener, además de la prevención y protección que se deben adoptar para ello.

La información debe tener indicadores sobre el correcto uso de las cargas, además del correcto uso en el transporte de cargas con ayudas mecanizadas.

También podemos afirmar que un entrenamiento de los profesionales en formas seguras de desplazamiento de cargas, organizadas por los profesionales en riesgos laborales, además del uso correcto del equipo de protección individual, ayu-

daran a los profesionales en las áreas hospitalarias a realizar su trabajo de una manera más segura y óptima.

6 Bibliografía

Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, determinó el núcleo básico de garantías y responsabilidades precisas para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores.

Convenio número 127 de la Organización Internacional del Trabajo, contiene disposiciones relativas al peso máximo que debe tener la carga transportada por un trabajador.

Directiva 90/269/CEE, establece las disposiciones mínimas de seguridad y de salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorso lumbares, para los trabajadores.

Real Decreto 487/ 1997 sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores. Contempla, en su disposición final primera, el encargo al Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo de elaborar una Guía Técnica para la evaluación y prevención de riesgos relativos a la manipulación manual de cargas.

Capítulo 589

EL CALEFACTOR SANITARIO EN EL SERVICIO DE LA LAVANDERIA DE UN HOSPITAL

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO

1 Introducción

El Servicio de Salud de Castilla La Mancha gestiona una serie de lavanderías industriales públicas para el suministro de diversos artículos textiles y de lino, como sábanas, batas, toallas, pijamas y uniformes para diversas profesiones, etc. a los diferentes hospitales, no solo a una provincia, sino varias provincias, instalaciones médicas y hospitales.

Los calentadores sanitarios, por ejemplo, son personal de mantenimiento que debe realizar un mantenimiento eficiente y de alta calidad. Para ello reciben formación a través de clases y seminarios, pero lo más importante es que deben cumplir con los estándares establecidos por los distintos proveedores de la maquinaria utilizada en estas instalaciones.

A la hora de realizar el mantenimiento, cada aprendizaje de los programas que ofrecen las marcas productoras de planchadoras, túneles de planchado y túneles de lavado de autos (Gibao, Orión y Jessen, entre otras) se pone en práctica mediante rigurosos procedimientos. Las máquinas que cubriremos en este capítulo incluyen planchadoras, secadoras, alimentadores y plegadoras de uniformes. Al hacerlo, podemos disipar cualquier pregunta persistente y aprender cómo utilizar los procedimientos de mantenimiento recomendados por el fabricante para abordar una variedad de fallas y problemas provocados por el nivel de carga que estas máquinas deben manejar.

2 Objetivos

Conocer las labores del personal de mantenimiento, cómo es el calefactor que trabaja en el mantenimiento de una lavandería pública y las posibles averías que puede haber.

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 Túnel de Lavado de una lavandería es un conjunto de equipos que se utilizan para lavar y desinfectar las ingentes cantidades de ropa recogida en los distintos centros de salud. El tamaño y número de sus módulos variará dependiendo de la cantidad de ropa y del número de centros de salud que abastecen la ropa. Es la máquina más grande en una lavandería industrial.

El mantenimiento de los equipos de lavandería de los hospitales es esencial para garantizar el máximo rendimiento y prolongar la vida útil del equipo. Se deben tener en cuenta las cuestiones de mantenimiento de los calentadores de hospitales para:

1-Se requiere una limpieza regular para mantener la eficacia del equipo de lavandería y evitar la acumulación de residuos. Esto implica limpiar los componentes

internos de las máquinas, incluidos sus filtros, tambores y conductos.

2- Calibración y ajuste: Es fundamental calibrar y ajustar periódicamente el equipo para que funcione correctamente y produzca resultados precisos. Debe verificar la presión, la temperatura y otros parámetros pertinentes de la máquina para lograr esto.

3- Mantenimiento preventivo: Se recomienda implementar un programa de mantenimiento preventivo que incluya inspecciones de rutina, el reemplazo de piezas desgastadas, la lubricación de piezas móviles y otras tareas necesarias para evitar fallas y extender la vida útil del equipo.

4- Formación del personal técnico: La formación en el mantenimiento del equipamiento de lavandería hospitalaria es fundamental para el personal técnico. Esto garantiza un manejo adecuado de los equipos, operaciones ininterrumpidas y una respuesta rápida en caso de problemas o averías.

5. Gestión de repuestos y suministros: Es importante mantener un suministro adecuado de los suministros y repuestos necesarios para mantener el equipo de lavandería en funcionamiento. El equipo también viene con todas las piezas adicionales, lubricantes, limpiadores y repuestos necesarios para su correcto funcionamiento.

5 Discusión-Conclusión

Como ya se mencionó, el personal de mantenimiento de calentadores en el ámbito sanitario es el encargado de verificar las presiones de trabajo para asegurar el correcto funcionamiento de estos equipos, manteniendo un nivel constante de vestimenta, así como una eficiencia energética muy importante.

Para asegurar un funcionamiento óptimo, alcanzar la producción deseada y satisfacer las necesidades, el calentador de agua sanitario debe someterse a inspecciones y mantenimientos rutinarios como parte de los protocolos de trabajo. También se deben limpiar todos los componentes todos los días, se deben desinfectar las áreas más susceptibles a contaminantes que podrían contaminar otras áreas y se debe lavar la ropa de manera que cumpla con las normas de seguridad.

6 Bibliografía

1.American Society for Healthcare Engineering (ASHE). Maintenance Management for Health Care Facilities. 2017. Disponible en: <[https://www.ashe.org/sites/default/files/maintenance-management-for-health-car](https://www.ashe.org/sites/default/files/maintenance-management-for-health-care-facilities.pdf)> e-facilities.pdf

Capítulo 590

EL CALEFACTOR Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DE UN HOSPITAL

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO

1 Introducción

Todo centro clínico y hospitalario dispone de un espacio importante dedicado a la esterilización central. Es un lugar creado con el fin de limpiar, desinfectar, esterilizar, controlar y almacenar:

1-Herramientas para el tratamiento de enfermedades.

2-Instrumentos utilizados en cirugía.

3-Textiles, entre otros.

Cualquier herramienta quirúrgica que entre en el cuerpo de un paciente o entre en contacto con una herida abierta debe ser esterilizada. Por lo tanto, todos los equipos y suministros quirúrgicos deben esterilizarse antes de su uso. Una esterilización inadecuada o inexistente provoca infecciones potencialmente mortales. Por este motivo, el autoclave es uno de los equipos médicos más importantes. Utilizando vapor presurizado a alta temperatura, un autoclave de vapor

médico esteriliza equipos médicos. Aunque también existen otros métodos de esterilización, incluido el calor seco, el gas (óxido de etileno) y la radiación gamma, la esterilización con vapor caliente es la más común. El uso es sencillo, rápido, económico y ecológico. Consulte el siguiente artículo para obtener más información sobre los autoclaves de vapor. Las tareas habituales que se realizan allí protegerán la reputación y la vida de quienes trabajan en estas instalaciones. El centro de esterilización opera de acuerdo con los requisitos y necesidades fundamentales y particulares de asepsia y esterilización de los centros clínicos y hospitalarios.

2 Objetivos

Conocer que funciones tiene el personal de mantenimiento, en este caso el calefactor, en la central de esterilización 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 personal encargado de realizar los procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización necesita contar con una formación especializada y que le permita alcanzar los resultados deseados, como es el caso del calefactor.

En este sistema, las funciones principales de un calentador son:

1. Inspección general de la red de tuberías para buscar corrosión o fallas mecánicas.
2. Abra las válvulas de cierre y verifique que estén bien cerradas.
3. Retire los fondos de los separadores de vapor y limpie la acumulación de sal y lodo.
4. Inspeccione los drenajes automáticos.
5. Abra las válvulas de seguridad para verificar la descarga de vapor.

6. Comprobar que los reductores de presión, que van de 6 a 4 kg/cm², funcionan correctamente.

7. Inspeccione los vasos de expansión.

8. Verificar correcto ajustes de órganos de control y seguridad.

Para evitar la propagación de microorganismos a los pacientes, se debe mantener adecuadamente el calentador del hospital en la unidad central de esterilización.

El centro de esterilización opera de acuerdo con los requisitos y necesidades fundamentales y particulares de asepsia y esterilización de los centros clínicos y hospitalarios. Un autoclave o esterilizador es el dispositivo de esterilización y debe ser mantenido por el personal de mantenimiento, que también sirve como calentador del hospital.

El centro de esterilización opera de acuerdo con los requisitos y necesidades fundamentales y particulares de asepsia y esterilización de los centros clínicos y hospitalarios.

Las tareas habituales que se realizan allí protegerán la reputación y la vida de quienes trabajan en estas instalaciones.

Aunque también existen otros métodos de esterilización, incluido el calor seco, el gas (óxido de etileno) y la radiación gamma, la esterilización con vapor caliente es la más común. El uso es sencillo, rápido, económico y ecológico.

5 Discusión-Conclusión

Si bien el centro de esterilización es fundamental para la salud de todos, los usuarios o pacientes que ingresan o visitan los centros de salud desconocen sus características o incluso que existen.

Las tareas habituales que se realizan allí protegerán la reputación y la vida de quienes trabajan en estas instalaciones.

Para evitar la propagación de microorganismos a los pacientes, se debe mantener adecuadamente el calentador del hospital en la unidad central de esterilización.

En conclusión, debemos tener en consideración que los profesionales, como son los calefactores que se incluyen en el personal de mantenimiento, deben estar completamente formados para optimizar los recursos.

6 Bibliografía

1.<https://www.seisamed.com/la-central-de-esterilizacion-area-critica-de-un-hospital>

Capítulo 591

EL PINCHE DE COCINA EN LA CINTA DE EMPLATADO

ELENA MARTÍNEZ BENITO

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

CRISTINA CAMARENA CRIADO

MONICA GARCIA RUBIO

MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO CAÑADILLA

1 Introducción

En todo centro hospitalario, tanto público como privado, sabemos que a ciertas horas es subida la comida para los pacientes, la hora del desayuno, comida, merienda y cena, normalmente.

Pero antes de subir, se requiere una preparación y montaje de las bandejas.

La preparación y montaje de las bandejas requiere de una cadena de personas, en la cual, cada una deberá tener una misión en cuanto al montaje de la misma se refiere.

Esto se resume a la cinta de emplatado, en la cual, la bandeja circula por una superficie deslizante, o en los hospitales más modernos, una cinta mecánica, donde cada miembro del grupo colocará todo lo necesario dentro de la bandeja, siempre atendiendo al tipo de dieta.

Para que esta cinta salga correctamente, los pinches de cocina, que serán los principales protagonistas, deberán conocer las principales características de cada

dieta que se encuentra en ese momento en preparación, ya que, de lo contrario, podrían suceder errores que puedan comprometer la salud del paciente.

La cinta de emplatado deberá estar perfectamente estructurada y con unas funciones definidas y predeterminadas por cada participante de la misma.

No toda la tarea está en el momento del emplatado, sino, también, en los momentos previos, donde se organizarán los platos, las bandejas, los carros, los alimentos en frío (como los postres) y en calor (platos calientes como sopas, purés, etc.), para no romper su cadena de frío o de calor.

En este capítulo, explicaremos el procedimiento más común de la cinta del emplatado en los hospitales, así como, toda la preparación previa a este.

2 Objetivos

- Conocer el desarrollo de la cinta de emplatado.
- Comprender la importancia de las manipulaciones previas al mismo.
- Identificar correctamente las funciones del pinche de cocina en este cometido.

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

MOVIMIENTOS PREVIOS A LA CINTA DE EMPLATADO:

- Los carros calientes, los baños María y armarios calientes deberán encontrarse enchufados y en funcionamiento adecuado, atendiendo a la temperatura adecuada. Que, al menos, deberá estar a 70°C, de esta forma, se evitará que se enfríen.
- Los cubiertos deberán agruparse, es decir, cubierto completo o cuchara solo, todos deberán ser preparados previamente, normalmente, se envolverán en una servilleta, de forma que queden bien unidos y de presentación adecuada. Mientras se realiza esta acción, los pinches, deberán prestar atención de que los cubier-

tos se encuentren perfectamente limpios. Este cometido se realizará con guantes limpios.

- Las bandejas se situarán en los carros calientes justo en el principio de la cinta.
- Las tapas estarán, por lo contrario, al final de la cinta, para finalizar el montaje de la bandeja.
- Los carros donde se transportarán las bandejas, también deberán encontrarse lo más cerca posible del fin de la cinta de emplatado.
- Las etiquetas, sacadas y modificadas por la dietista, se situarán al principio de la cinta, ya ordenadas previamente. Estas etiquetas figuran el nombre y apellidos del paciente, el número de habitación y cama asignada, tipo de dieta y el menú desglosado.
- Los alimentos, antes de comenzar la cinta de emplatado, ya estarán colocados en sus armarios fríos o calientes, dependiendo de las características de cada uno, que, como ya hemos comentado, de esta forma, no se rompe la temperatura.

EL EMPLATADO:

El emplatado, deberá realizarse con el menor tiempo posible antes de la hora de la comida, es decir, todo dependerá de las dimensiones del hospital y el número de camas, pero normalmente, suele tardarse entre una hora y hora y media.

El emplatado deberá realizarse con gorro, guantes y mascarilla, alejando cualquier contaminación de los alimentos.

El emplatado comenzará en el principio de la cinta, donde se colocará la bandeja y la etiqueta, donde irá pasando por el resto de miembros del equipo e irán montando según la dieta en concreto y del paciente en concreto.

Después, se colocarán los cubiertos, ya preparados, el postre, que estará previamente colocado en los armarios fríos, el pan, que este estará a temperatura ambiente, perfectamente encintado y embalado, después, pasaremos a los primeros, que se suelen encontrar en la línea y armarios calientes, y además, suelen ser previamente emplatados en tazones con tapas, ya que suelen ser primeros platos de cuchara, como sopas, purés, cremas, etc. y por último, se servirán los segundos, el cual los servirá el cocinero a demanda de lo que vaya saliendo en cada etiqueta y bandeja. Una vez que la bandeja se encuentra totalmente montada, se revisará por el dietista y será tapada, colocándose posteriormente por uno de los pinches en el carro caliente.

Una vez terminada la cinta de emplatado, los carros estarán listos para ser distribuidos por las plantas o unidades hospitalarias.

5 Discusión-Conclusión

La cinta de emplatado y acciones previas a la misma, son importantísimas para asegurar de que cada bandeja llegue correctamente a su destinatario, el paciente, y en las condiciones idóneas de temperatura, textura y sabor. Así como, se evitan equivocaciones en los platos que se han destinado a cada paciente, ya sea por su patología, preferencias, creencias o gustos.

Esta acción es una de las importantes, en la que los pinches deberán prestar la máxima atención y protocolo posible, ya que una mínima equivocación podría no ser nada o serlo todo.

La participación en la cinta de emplatado debe consistir en un personal perfectamente formado, y con los conocimientos necesarios sobre las contaminaciones cruzadas y los tipos de dietas más utilizadas dentro de un hospital.

Por eso, la participación del pinche de cocina, es indispensable para un correcto desarrollo de la actividad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 592

EL PINCHE DE COCICNA EN LA RESTAURACIÓN HOSPITALARIA. LA DIETA BASAL Y LAS DIETAS TERAPÉUTICAS

ELENA MARTÍNEZ BENITO

MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO CAÑADILLA

CRISTINA CAMARENA CRIADO

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

MONICA GARCIA RUBIO

1 Introducción

La restauración hospitalaria, se encuentra dentro del gran grupo de la restauración colectiva, ¿y qué es la restauración colectiva?

Es aquella que se encarga de elaborar, cocinar y proporcionar los alimentos en forma de menú a un número mayoritario de personas, es decir, no se dedica a una familia en concreto, sino, por ejemplo, a niños en un colegio (comedor), restaurantes, y por supuesto, en hospitales.

Pues bien, a esto se refiere la restauración hospitalaria, a la elaboración de los menús, comenzando desde el principio, por las materias primas, hasta su cocción, elaboración y hasta que llega al propio paciente para su consumo.

El objetivo fundamental de la restauración hospitalaria es la de cubrir las necesidades nutricionales y de gustos que requieren los pacientes ingresados, siempre atendiendo a sus patologías y a sus requerimientos, así como, atendiendo también, a la medicación que consumen, etc.

Hay diversas patologías que requieren un tipo de dieta específica como por ejemplo la hipertensión, trabajando en una dieta con menos cantidad de sodio (NA), pero no solo restringiendo la cantidad de sal yodada, sino también, eliminando ciertos alimentos ricos en este componente, como por ejemplo los embutidos, a las protecciones renales, atendiendo a menos contenido proteico, etc.

Hay un personal muy característico que pertenece a este sector, la cocina de un hospital, en el que trabajan en conjunto y en armonía para lograr los objetivos establecidos: Cocineros, pinches y dietista.

En este capítulo, nos centraremos en las dietas más llamativas de un hospital, y la importancia de que el pinche de cocina las conozca, de esta forma, se garantiza un protocolo más definido y mucho más eficaz.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de dietas que se dan en la restauración hospitalaria.
- Comprender la importancia del pinche de cocina en la elaboración de cada menú.
- Lograr una preparación adecuada en nutrientes en cada dieta para los pacientes que se encuentran ingresados.

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, diferenciaremos la dieta basal de las terapéuticas:

DIETA BASAL: Esta dieta está destinada a todos los pacientes que no precisan de modificaciones específicas de menú atendiendo a su patología, es decir, se trata de una alimentación sana y equilibrada, donde se incorporan todos los alimentos sin necesidad de eliminar o restringir ningún alimento o grupo de alimentos.

En este caso, suele ofrecerse al paciente una serie de alimentos más amplio, es decir, los optativos, puede darse una serie menús el cual, el paciente podrá escoger, siempre atendiendo a sus gustos, preferencias, e incluso, sus creencias y costumbres.

Las calorías aportadas en esta dieta oscilan entre 2.200 kcal a 2.500 kcal diarias.

DIETAS TERAPÉUTICAS: Engloban el resto de dietas que encontramos en un hospital. Este tipo de dietas sí ofrecen algún tipo de restricción, o adaptación a una patología o patologías en concreto.

Estas dietas son muy diversas, podemos encontrar:

- Dieta diabética: Es aquella donde la alimentación elimina el azúcar simple y refinado o de fácil y rápida absorción (bollería industrial) o alimentos con alto contenido calórico o de grasas (como los embutidos como el chorizo).
- Dieta pobre o alta en residuos: Este tipo de dietas corresponde a las dietas con menor o mayor aporte de fibra, suelen realizarse y ofrecerse normalmente cuando el paciente va a someterse a un tipo de prueba como por ejemplo una colonoscopia o gastroscopia, que precisarán de más o menos fibra.
- Dieta astringente: Suele ofrecerse a pacientes con diarreas, o que han pasado un proceso diarreico o de vómitos, se trata de una dieta blanda con alimentos que contienen menos fibra dietética y con bajo contenido en grasa.
- Dietas fácil masticación: Se trata, no de modificación de nutrientes, sino, más bien, de utilizar alimentos que puedan ser masticados y deglutidos fácilmente por el paciente, este menú suele ir destinado a pacientes con pocas piezas dentales, con problemas en la deglución, etc.
- Dieta absoluta: También, es denominada terapéutica, ya que es la dieta restrictiva total, se trata de no administrar alimentos por vía oral al paciente, por lo que es importante tener en cuenta, quien se encuentra en dieta absoluta, ya que una equivocación a la hora de hacer llegar comida al paciente, puede comprometer la mejoría del mismo, o interrumpir el proceso de preparación de una dieta.

No solo existen este tipo de dietas terapéuticas, existen un gran número de dietas más, (proteicas, líquidas, de disfagia, etc.) pero buscamos mostrar diversos ejemplos, de esta forma, se distingue mejor las características de la dieta basal de las terapéuticas.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de cada dieta es fundamental a la hora de la preparación de la misma, es cierto, que un hospital con gran capacidad de camas, el caos puede encontrarse asegurado, por lo que, para evitar una mala praxis en la realización de cada dieta, es indispensable de que el pinche de cocina conozca a grandes rasgos las características de cada dieta, así como, las características que distinguen la dieta basal de una terapéutica, ya que, aunque a penas entre algunas cuenten con pequeñas diferencias, puede suponer una incorrecta alimentación en el paciente. Es por todo esto, que el pinche de cocina, a la hora de la elaboración y preparación deberá saber y tener en cuenta que grupo de alimentos no pueden darse a ciertos pacientes y cuáles sí.

6 Bibliografía

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000100015#:text=A%20partir%20de%20esta%20dieta%20basal%2C%20y%20siguiendo,evidencia%20cient%C3%ADfica%2C%20se%20calibrar%C3%A1n%20las%20dietas%20terap%C3%A9uticas%20%283%29.

Capítulo 593

EL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE TEXTURAS. LA DIETA DE DISFAGIA

ELENA MARTÍNEZ BENITO

MONICA GARCIA RUBIO

MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO CAÑADILLA

CRISTINA CAMARENA CRIADO

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

1 Introducción

Por diversas razones, hay ciertas patologías que impiden al paciente deglutir correctamente, todo dependerá de sus características, hay en ciertas ocasiones que no pueden deglutirse líquidos, o simplemente, no es posible deglutir alimentos sólidos.

Aquí, también, entra en juego la dentadura del paciente, así como la capacidad de producir saliva o la fuerza empleada a la hora de masticar.

Antes de desarrollar los objetivos, es conveniente, que conozcamos la definición de disfagia, y a qué nos referimos:

La disfagia, es por definición, toda aquella dificultad para deglutir ciertos alimentos, o consistencias alimentarias (texturas).

Existen distintos tipos de disfagias, todo dependerá de la lesión que el paciente padece en el tubo digestivo, puede ser debida a una dilatación del esófago, cirugía, afasias por accidentes cerebrovasculares, también, provocan disfagia, enfermedades como la del esófago de Barrett, o la ERGE, etc.

A continuación, agruparemos las causas más comunes:

- Enfermedades neurológicas (parkinson entre un 50 y el 80%, demencia, esclerosis múltiple con un 44%, ICTUS 30%, poliomielitis, etc.)
- Enfermedades musculares (distrofias musculares como Steinert, miopatías metabólicas, etc.)
- Enfermedades obstructivas (neoplasias en esófago, tiroides, divertículo cervical de Zenker, etc.)
- Fármacos, cirugías y/o radiación.
- Enfermedades infecciosas (virus, bacterias, botulismo, etc.)

Si el paciente sufre una disfagia, la textura de los alimentos, sufre una importancia extrema a la hora de que sean ingeridos, de lo contrario las consecuencias podrían ser muy perjudiciales para el enfermo, ya que existe un alto porcentaje de broncoaspiración.

El pinche de cocina, ya sea mediante preparados o mediante comida triturada, deberá lograr la textura buscada para los pacientes que padecen un nivel específico de disfagia, por lo que deberá conocer las texturas más esenciales, así, se evitarán grandes problemas a la hora de ingerir la dieta de disfagia.

2 Objetivos

- Conocer las características más esenciales de la dieta de disfagia.
- Comprender la importancia de la consistencia de los alimentos y de sus texturas.

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

Los pacientes que padecen disfagia, debido a que la consistencia alimenticia siempre es la misma, debemos tener en cuenta que los nutrientes deben concentrarse en un plato único (suelen ser ricos en macronutrientes, en especial en grasas buenas y proteínas), pero el plato, deberá ser pequeño, así se evitará que el paciente se canse antes de ingerir todo el menú.

También, es muy común complementar el plato único, con yogures, natillas y compotas, así, se administrará el aporte de calcio, y el sabor dulce, de esta forma, la dieta se hará más atractiva.

Dentro de las disfgias, podemos distinguir miles de tipos a los que debemos prestar atención, a los cuales, nos ceñiremos en este apartado:

- Para los pacientes que presentan problemas tan solo en la masticación, los alimentos no deberán ser tan solo puré, sino alimentos blandos y de trozos pequeños. Pero debemos tener en cuenta, de que los trozos si son demasiados pequeños y existe una insensibilidad bucal, esos trozos pueden ser no detectados por el paciente y ser tragados sin masticar, y provocar atragantamientos.
- Para los pacientes que son incapaces de segregar suficiente saliva y preparar el bolo alimenticio, pueden ingerir líquidos sin problemas, y la consistencia no es tan estricta, tan solo, no debe existir sólidos como tal en sus preparados.
- Para los pacientes diagnosticados con disfagia, los líquidos no deberán formar parte de su alimentación, por lo que deberán ser espesados con gelificantes o espesantes. En estos casos, la viscosidad debe ajustarse a los requerimientos específicos del paciente.

Existen diferentes tipos de espesantes como los almidones y las gomas.

Dentro de la consistencia de los alimentos, podemos encontrar tres clases, estas clases, están ya establecidas, instauradas y puestas en práctica en los hospitales españoles:

- TEXTURA TIPO NÉCTAR: Se trata de una consistencia de espesura ligera, se elaboran para las disfgias leves.
- TEXTURA TIPO MIEL: Se trata de una consistencia de espesura mediana o intermedia. Es destinada para pacientes que no es imposible tragar.
- TEXTURA TIPO PUDDING: Se trata de una consistencia gruesa o espesa. Su espesor es aquel que se trata de que no existan ningún principio líquido, sin llegar a una consistencia sólida, pero sí un punto más que el cremoso.

5 Discusión-Conclusión

La disfagia es un problema y patología, por desgracia más común de lo deseado, siendo encabezado por los hospitales geriátricos, donde casi la mitad de los pacientes sufren este tipo de problemas de deglución.

Una de las actitudes y cometidos del pinche de cocina es lograr la textura deseada para este tipo de pacientes, ya que si las técnicas no son las adecuadas pueden desencadenar en ahogos y broncoaspiraciones en el paciente, y pueden llevarles, a la parada cardiorrespiratoria.

Es por esto, que el pinche de cocina, deberá de prestar la máxima atención en la elaboración, añadiendo más o menos agua al preparado y al alimento ya triturado. La importancia de la actuación del pinche de cocina, es indispensable, ya que, de esta forma, se logra un cuidado completo en la alimentación del paciente.

6 Bibliografía

manejo-disfagia-ap.pdf (semergen.es)

Guia-Disfagia-abril-2022.pdf (domusvi.es)

Capítulo 594

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE AGENDAS DEL ÁMBITO SANITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

LAURA MONTERO MARTÍNEZ

CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO

M^a DEL PILAR CORTES MENDOZA

1 Introducción

La informatización de la gestión de las agendas sanitarias supone una mayor facilidad a la hora de poder atender eficientemente a los pacientes, pudiendo así agendar un día y una hora en específico, además servirá de gran ayuda al personal sanitario para poder acceder a la historia clínica del paciente de una manera más ágil, que también está informatizada. No solo acceden a los datos incluidos en atención primaria, sino también a los datos de atención especializada.

Los auxiliares administrativos son los encargados de dicha gestión, previo consenso por parte de los profesionales con la gerencia de atención integrada correspondiente, para estudiar la forma más eficaz y efectiva de tramitar la demanda de citas de los pacientes, en algunos centros, se realizan reuniones internas para hablar no solo con el personal sanitario, sino también con los auxiliares administrativos, que son los que diariamente observan las peticiones de los pacientes.

Asimismo son los encargados de mantener al día los horarios de los profesionales y coordinar las citas con los pacientes.

Su trabajo se basa en garantizar que todos los recursos necesarios estén disponibles y de que las citas se planifiquen de manera eficiente. Además se encargarán de la modificación de las agendas según las necesidades de cada centro, ya sea por vacaciones, bajas o requisitos del centro en cuestión.

2 Objetivos

- Explicar los conceptos básicos en relación a la creación y modificación de agendas en el ámbito sanitario.
- Organizar eficientemente las agendas sanitarias de todos los profesionales del centro sanitario, teniendo en cuenta los recursos tanto humanos como materiales, así como la demanda de los servicios.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación sobre el auxiliar administrativo en la gestión de agendas de los profesionales sanitarios, mediante la recopilación de datos de diferentes manuales, además de realizar entrevistas con auxiliares administrativos de diferentes centros de salud de la misma o de distinta gerencia sobre sus experiencias sobre la gestión de agendas sanitarias.

4 Resultados

La informatización de las agendas permite asignar huecos de una duración determinada, adaptada a las necesidades de los pacientes y de los profesionales. El tiempo utilizado no es el mismo de un médico de atención primaria a la hora de renovar un medicamento ya pautado anteriormente y que el paciente toma de manera frecuente, que el hecho de examinar al paciente, o el tiempo utilizado en enfermería a la hora de realizar una cura o administrar una vacuna, por ejemplo.

Es imprescindible para que todo el equipo funcione correctamente, el estudiar y valorar correctamente como realizar las agendas. De ahí la importancia de saber cuáles son los tipos de visitas, y cuantas se asignan al día y la duración de cada una de ellas, ya sean presenciales, “demandas” o telefónicas “teleconsulta

demanda”, a domicilio “domi-demanda” o renovación de medicación “administrativa organizada” entre otras, estas visitas son ejemplos para los médicos.

En el caso de enfermería por ejemplo, existirían citas de “demanda o programadas”, normalmente una de ellas suele ser de mayor duración, para aquellas necesidades que los profesionales consideran más extensas.

A la hora de realizar una agenda por primera vez es importante saber que normalmente se gestiona un año completo. Es imprescindible a la hora de describir los tipos de visitas, no sólo su duración como anteriormente se indicó, sino también si dicho tipo es para todos los días de la semana o es solo de manera esporádica. Es significativo saber si el propio profesional trabaja para varios centros o solo para uno. Es importante gestionar también la agenda en base a los festivos locales y nacionales para que la agenda no quede abierta en un día festivo, o un fin de semana, si el centro que estamos gestionando no es un punto de atención de urgencias.

Los auxiliares administrativos también realizan la modificación de las agendas debido a vacaciones, bajas, cambios de horarios, etc. Se pueden bloquear las agendas completamente, traspasarlas, o se pueden bloquear solo ciertos huecos. Además en el caso de que un profesional realice la agenda de otro profesional, existe la opción de incluirlo como sustituto, para así poder gestionar la agenda correctamente.

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo se indica la importancia del papel del auxiliar administrativo en la creación y modificación de las agendas de todos los profesionales sanitarios de los centros de atención primaria, médicos de familia, pediatras, enfermeros, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, matronas, odontólogos, fisioterapeutas, entre otros.

Dichas gestiones de creación son complicadas, pero más aún la modificación de una agenda ya creada y a su vez ya citada, puesto que es muy importante realizar este trabajo de una manera muy cuidadosa, ya que el más mínimo fallo hará que los datos de los pacientes citados queden borrados, sin posibilidad de recuperación.

En definitiva, los auxiliares administrativos son los encargados de que el trabajo en equipo funcione correctamente y sin ellos todas estas gestiones categorizadas

“de oficina” tan necesarias no se realizarían.

6 Bibliografía

1. Curso: Gestión de agendas SOFOS. [Mayo 2022].
2. Manual de trabajo Unidades Administrativas Atención Primaria – Sescam [Abril 2022].
3. Turriano, guía de reprogramación agendas – Sescam [2023].

Capítulo 595

LA INFLUENCIA DEL CELADOR EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES HOSPITALARIAS

NOHEMI GARCIA FUENTES

RAUL MARIN RAMIREZ

FELIX MARTIN-NIETO MORENO

RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ

PLACIDO FERNÁNDEZ GÁMEZ

1 Introducción

Las enfermedades hospitalarias son infecciones adquiridas por pacientes durante su estancia en instalaciones de atención médica, incluyendo hospitales y clínicas. A pesar de los avances en la medicina y la atención médica, estas infecciones siguen siendo una preocupación importante debido a su impacto en la morbilidad, la mortalidad y los costos asociados con el tratamiento adicional. El personal hospitalario, en particular los celadores, desempeña un papel crucial en la prevención de la propagación de estas enfermedades al mantener estándares de higiene estrictos y promover prácticas seguras en el entorno hospitalario.

Los celadores son miembros del personal hospitalario que tienen un rol multifacético en la gestión de un entorno seguro y limpio para los pacientes. Su influencia en la prevención de enfermedades hospitalarias se manifiesta en varias

áreas clave como es la higiene y la limpieza, el control de infecciones, educación y concienciación de las enfermedades o infecciones nosocomiales y la colaboración interdisciplinar de los trabajadores del hospital.

Las enfermedades intrahospitalarias o infecciones nosocomiales son aquellas adquiridas en los hospitales u otras instalaciones de atención médica y pueden surgir debido a diversas razones, como la exposición a microorganismos patógenos, procedimientos invasivos o la presencia de sistemas inmunológicos debilitados en los pacientes.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer las funciones y responsabilidades que tiene el celador de hospital en la prevención de las enfermedades nosocomiales.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes fuentes científicas y académicas para recopilar los datos necesarios para realizar esta investigación. Se ha tenido que realizar la búsqueda de los términos como "enfermedades nosocomiales", "el rol del celador en la prevención de enfermedades hospitalarias".

4 Resultados

El celador, aunque no sea personal médico o de enfermería va a desempeñar un papel crucial en la prevención de enfermedades nosocomiales a través de diversas acciones y prácticas. Estas acciones y prácticas son:

1. Higiene y Limpieza: Los celadores son responsables de mantener una limpieza adecuada en las áreas hospitalarias, incluyendo habitaciones de pacientes, pasillos y áreas comunes. La limpieza y desinfección regular de superficies y equipos contribuyen significativamente a prevenir la propagación de patógenos.
2. Control de Infecciones: Los celadores pueden colaborar estrechamente con el personal médico y de enfermería para implementar medidas de control de infecciones, como la correcta disposición de materiales contaminados y la adhesión a protocolos de lavado de manos. Al garantizar un ambiente libre de gérmenes, se reducen las posibilidades de que los pacientes desarrollen infecciones durante su estancia en el hospital.

3. Educación y Concienciación: Los celadores también pueden desempeñar un papel importante en la educación y concienciación de pacientes, visitantes y otros miembros del personal sobre la importancia de prácticas higiénicas y medidas de prevención de infecciones. La promoción de prácticas seguras puede ayudar a reducir el riesgo de propagación de enfermedades.
4. Colaboración Interdisciplinaria: El éxito de la prevención de enfermedades hospitalarias mediante la influencia del celador depende de una colaboración efectiva con otros miembros del personal de salud, como médicos, enfermeras, microbiólogos y especialistas en control de infecciones. La comunicación y el trabajo en equipo son esenciales para garantizar que se implementen y mantengan las medidas de prevención de manera coherente y efectiva.
5. Manejo adecuado de equipos: los celadores deben asegurarse de que los equipos médicos estén limpios y desinfectados antes de su uso con cada paciente. Esto va a incluir camillas, sillas de ruedas y otros dispositivos que podrían estar en contacto directo con los pacientes.
6. Control de visitas: el celador está involucrado en el control de acceso a las áreas de pacientes. Pueden poner una limitación de visitantes y aseguramiento de que aquellos que ingresan cumplan con los protocolos de higiene.
7. Colaboración en la identificación de riesgos: al estar en contacto con pacientes y áreas médicas, los celadores pueden identificar situaciones de riesgo, como derrames de líquidos corporales y tomar medidas inmediatas para abordarlas y minimizar la posibilidad de contaminación.

5 Discusión-Conclusión

El celador desempeña un papel fundamental en la prevención de la contracción de enfermedades hospitalarias al mantener estándares de higiene, control de infecciones y promoción de prácticas seguras en el entorno hospitalario. Su influencia contribuye a reducir el riesgo de propagación de patógenos y, por lo tanto, a mejorar la seguridad y la calidad de la atención proporcionada a los pacientes. Una colaboración interdisciplinaria sólida y una conciencia continua de la importancia de estas medidas son esenciales para garantizar un entorno hospitalario más seguro y saludable para todos.

La prevención de las enfermedades nosocomiales es una responsabilidad compartida en un entorno de atención médica. Al seguir estas prácticas rigurosas se va a promocionar un entorno hospitalario más seguro.

6 Bibliografía

1. Revistas científicas.
2. Búsqueda de palabras clave: "el celador en la prevención de enfermedades".
3. <https://revistamedica.com/celador-prevencion-infecciones-nosocomiales/>
4. <https://revistamedica.com/celador-enfermedades-nosocomiales/>
5. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-ante-el-paciente-infeccioso/>
6. <https://congresosicepa.com/prevencion-enfermedades-profesionales-celador/>

Capítulo 596

EL CELADOR Y SU PAPEL EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

JUANA DUQUE DUQUE

REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA

MARÍA DOLORES ALMENDRAL TOMÉ

JONATAN VICENTE BARROSO

GLORIA PANIAGUA LEAL

1 Introducción

El estudio y cuidado de heridas traumáticas del sistema musculoesquelético, que consta de huesos, articulaciones, ligamentos, tendones y músculos, es el foco de la especialidad médica de traumatología. Traumatología es un término que proviene del vocablo griego trauma, que significa “herida” o “lesión”. Desde fracturas y dislocaciones hasta lesiones de tejidos blandos como esguinces y desgarreros de ligamentos, esta especialidad médica se ocupa de una amplia gama de enfermedades.

Un celador de trauma se conoce como un experto que ayuda y apoya las tareas logísticas y transporta a los pacientes en el servicio. Entre sus funciones está ayudar en el traslado de pacientes desde los distintos departamentos del Hospital hasta la unidad de traumatología y otros servicios especiales que así lo requieran. En estos servicios, los celadores son los encargados de ayudar a preparar el equipo necesario en la unidad y luego trasladarlo a los lugares designados por el

personal de enfermería. También llevan el equipo necesario para que los profesionales médicos realicen su trabajo de manera segura y eficiente.

El uso de equipos, como grúas o transfers, permite al personal sanitario y ordenado realizar sus tareas con mayor rapidez y menor esfuerzo, mejorando así el confort del paciente. Las camas o camillas deben colocarse a una altura cómoda para trabajar. También es una buena idea continuar con los buenos hábitos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer el papel que desempeña un celador y sus funciones dentro del servicio de traumatología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Al tratarse de un servicio muy delicado donde se debe movilizar a los pacientes con gran profesionalidad, el celador de la unidad de traumatología intentará cumplir todas las órdenes del personal médico en cuanto a su tarea y en colaboración con el personal por sus enfermedades. Entre las funciones cruciales antes mencionados y como resultado de la asistencia brindada para mejorar las circunstancias que se presenten, podemos destacar los siguientes:

- Al realizar procedimientos como radiología, mover al paciente.
- Ayudará con ajustes posturales, procedimientos médicos, uso del baño, etc.
- Transferirá documentación, análisis y pedidos tan pronto como sea seguro hacerlo.
- Facilitará las pruebas a los profesionales médicos.
- Se revisarán camillas, sillas de ruedas, niveles de oxígeno, grúas y traslados para traumatología. Además de su ubicación, alerta a tu superior sobre posibles daños o escasez de material.
- Recepción de materiales.

- Procesos de entrada y salida, funciones de vigilancia, traumatología.

La colocación inadecuada de los componentes que se utilizarán en pacientes con traumatismos graves puede provocar lesiones al paciente o al personal médico y no médico mientras se realiza el trabajo. Entre estas heridas podemos llamar la atención sobre las siguientes:

- . Lesiones vasculares, nerviosas o por desgarramientos y úlceras por presión.
- . Sobrecarga de esfuerzo en el movimiento de los pacientes politraumatizados.
- . El mal manejo de la grúa para la colocación de pacientes encamados por tiempo indeterminado.

El equipo multidisciplinario al que pertenece el celador de trauma debe estar en estrecha comunicación y coordinación con uno otro. Para ello, deben estar bien capacitados en cuanto a los tipos de camas utilizadas en la unidad, especialmente en lo que respecta al trabajo conjunto con el personal auxiliar para la colocación y movimiento de los pacientes en el servicio, ya que estos pacientes suelen presentar patologías traumáticas.

5 Discusión-Conclusión

En general, el trabajo del celador es crucial para el funcionamiento eficiente del servicio porque ayuda a facilitar y agilizar la atención médica garantizando al mismo tiempo la seguridad de los pacientes.

Como punto final, nos gustaría resaltar la importancia de gestionar las distintas secciones que los profesionales sanitarios pueden tener que gestionar, porque gestionar una unidad compleja como ésta requiere fuertes capacidades de gestión.

El uso de equipos, como grúas o transfers, facilita que los celadores y el personal médico completen sus tareas, lo que aumenta el confort del paciente. Otra buena costumbre es mantener las camas o camillas a una altura cómoda para trabajar.

6 Bibliografía

1. <https://dialnet.unirioja.es/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 597

EL CELADOR Y SU PAPEL EN EL SERVICIO DE PARITORIO

JUANA DUQUE DUQUE

REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA

MARÍA DOLORES ALMENDRAL TOMÉ

JONATAN VICENTE BARROSO

GLORIA PANIAGUA LEAL

1 Introducción

El departamento de obstetricia y ginecología del hospital albergará la sala de partos. El grupo estará compuesto por un fuerte grupo de profesionales, entre los que se encuentran auxiliares de enfermería, ginecólogos y matronas, además del celador, que también es miembro de este grupo.

Varios métodos, como la interacción con los monitores, están disponibles para que la paciente los utilice mientras se produce el embarazo para ponerse en contacto con este servicio.

El sábado está presente en todas estas situaciones, ya sea a través de consultas externas o emergencias.

La mujer embarazada hablará primero con el celador porque él o ella es el encargado del traslado del paciente en este momento. Dependiendo de la situación, el traslado se puede realizar a pie en silla de ruedas o en camilla.

Estar en contacto con las mujeres que utilizan este servicio, que atraviesan un momento vulnerable de sus vidas y serán testigos de este maravilloso acontecimiento, el nacimiento de sus hijos, exige un especial grado de empatía por parte del equipo multidisciplinar de profesionales que trabajan en este servicio, colectivamente, está entre los cometidos de un celador.

En esta situación, el celador debe estar cualificado, tener conocimientos, ser consciente de sus responsabilidades en todo momento y poseer las cualidades necesarias para desempeñar esta función de forma eficaz.

2 Objetivos

- Explicar las tareas que realiza el celador de sala de partos.
- Destacar la importancia del papel del celador en este servicio.

3 Metodología

Para desarrollar el presente trabajo se realizó una investigación que implicó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada.

También se han realizado búsquedas exhaustivas de artículos en las bases de datos principales Pubmed, Medine y Scielo, centrándose en revistas académicas revisadas por pares.

4 Resultados

El servicio de paritorio no se puede comparar con una unidad de hospitalización porque tiene un propósito específico; por ejemplo, no hay horarios de visita y la mujer siempre va acompañada de quien ella elige.

Entre las funciones y tareas que desempeña un celador dentro del servicio de paritorio, se encuentran las siguientes:

- Recibir a la paciente cuando llega y decidir si necesita ayuda para sentarse en una silla o en una cama para su traslado, una camilla.
- Informar al paciente que para poder brindar la información debe acudir al servicio de admisión.
- Informar al equipo de enfermería cuando se espera el paciente.
- Ser el encargado de recibir las ambulancias que se acercan.
- El paciente deberá ser trasladado al área de hospitalización para poder ser admitido.

- Reportar la historia clínica del paciente al personal de enfermería.
 - Es el responsable de mantener el orden y las comodidades de la planta. El celador debería encargarse del mantenimiento de los autos, sueros, camas, muebles y muebles, entre otras cosas y notificará al gestor cualquier anomalía que requiera corrección.
 - Cuando sea necesario, ayudar a los auxiliares de enfermería en la limpieza, correcciones posturales y subida y bajada del paciente.
 - Ser responsable de trasladar al paciente a las diversas consultas, incluida la ecografía, consulta, monitores, dilatación o sala de partos.
 - Cuando un paciente necesite ser transportado después de su alta del hospital, utilice una silla o camilla.
 - Llevar la muestra al servicio de anatomía patológica.
 - Movilización de los recién nacidos con sus historias clínicas a la unidad neonatal o a la consulta.
 - Acompañar a las madres a la sala de lactancia o realizar cualquier prueba que sea necesario realizar allí.
- El celador debe velar por el correcto funcionamiento de la unidad, junto con el resto de miembros del personal que conforman un equipo multidisciplinar.

5 Discusión-Conclusión

Podemos inferir que es el estado fisiológico de la mujer durante el embarazo comienza con la concepción del feto y continúa a través de su desarrollo hasta el tiempo del nacimiento. La importancia de este servicio de comida para llevar ha quedado demostrado el embarazo de la paciente, que terminará con el parto, llegará a buen término del recién nacido.

Hemos visto la importancia que tiene este servicio para llevar a buen término el periodo gestante del paciente que concluirá con el nacimiento del bebé.

El celador debe velar por el correcto funcionamiento de la unidad, junto con el resto de miembros del personal que conforman un equipo multidisciplinar.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- Pubmed

Capítulo 598

EL CELADOR EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN

JUANA DUQUE DUQUE

REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA

MARÍA DOLORES ALMENDRAL TOMÉ

JONATAN VICENTE BARROSO

GLORIA PANIAGUA LEAL

1 Introducción

El celador, un miembro vital del equipo de trabajo del piso de hospitalización, es responsable de mover camas, sillas de ruedas, camillas, equipos médicos y otros muebles de un lugar a otro. También entrega mensajes, recolecta muestras y siempre está disponible para ayudar al personal médico según sea necesario.

El personal de enfermería, los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería(TCAE) y celadores conforman el equipo de trabajo en las plantas de hospitalización, que es liderado por un supervisor.

Todos los miembros del equipo deben cumplir con las órdenes de los médicos y brindarán atención a los pacientes las 24 horas del día, todos los días del año, hasta que estén lo suficientemente sanos como para ser dados de alta del hospital. Cada uno tiene su propia función y todas esas funciones son complementarias y tienen un objetivo único.

Los pacientes que ingresan llegan a las plantas de hospitalización de diversas formas, incluso como traslados desde otros hospitales, así como aquellos que están programados para pruebas u operaciones, consultas externas de hospitales o aquellos que están programados para una operación.

Es fundamental recibir la capacitación y formación adecuada para su puesto y mantenerse actualizado sobre cualquier cambio en las políticas o procedimientos en el campo en el que trabaja.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es enumerar las diversas tareas que desempeñan los celadores en una sala de hospital.

3 Metodología

Un análisis bibliográfico de la literatura científica encontrada que sirvió de base para este estudio. Se han mirado artículos de la Organización Mundial de la Salud y revistas académicas revisadas por pares, donde los datos se actualizan con mas frecuencia.

4 Resultados

El celador será el encargado de llevar al paciente a planta, acompañarlo a la habitación correspondiente y estar siempre muy cerca del técnico auxiliar de cuidados de enfermería para ayudarlo en las transiciones de la camilla a la cama, de la silla de ruedas a la cama o algo más. es requerido por el paciente.

Un celador de planta realiza las siguientes funciones:

- En ausencia de un peluquero, afeitar las partes del cuerpo del paciente que el médico haya especificado que necesitan atención u otro tipo de asistencia.
- Ayudar a la auxiliar de enfermería a colocar y retirar cuñas cuando por circunstancias especiales no pueda hacerlo.
- Cumplir con las instrucciones de un médico o enfermera respecto a la distribución de "farmacia pesada".
- Tener cuidado al mover equipos, materiales y posesiones de la institución para evitar daños.
- Invitar a todos los visitantes a abandonar las instalaciones si no pueden justificar su estadía con educación y comportamiento cortés.

- Si no hay instalación centralizada, trasladar el oxígeno cilindros a la ubicación que la enfermera especifique, ajustando el manómetro y abriendo el frasco.
- Antes de trasladar al difunto al tanatorio, será útil que las enfermeras lo amortajen vistiéndolo con una sábana.
- Informará por escrito a sus superiores de cualquier anomalía en la conservación del edificio o material.
- El celador de planta recibirá al paciente que llega de la sala de emergencias y al paciente cuyo ingreso está programado.
- Preparar o reunir los registros del paciente, luego ingresar la historia estándar en la sala.
- Estará a cargo de las visitas del turno de mañana y se asegurará de que no haya acompañantes presentes durante los horarios en que los médicos atiendan a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El celador es un miembro esencial del equipo de trabajo de la sala del hospital porque ayuda con el movimiento y traslado de los pacientes, mueve camas, camillas, sillas de ruedas y otros muebles, transporta muestras, hace recados y está siempre disponible para ayudar con el personal y las necesidades médicas. Es fundamental recibir la capacitación y formación adecuada para su puesto y mantenerse actualizado sobre cualquier cambio en las políticas o procedimientos en el campo en el que trabaja. El trabajo en equipo también es un factor crucial para garantizar que todo salga bien, por lo que hay que tenerlo en cuenta.

6 Bibliografía

- [https://auxiliar de Enfermería.com//el celador en planta//](https://auxiliar.deEnfermeria.com//el%20celador%20en%20planta//).
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 599

LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO

NEREA CABALLERO CALERO

TAMARA OLIVA LEÓN

JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ

DAVID FUENTES FERNANDEZ

MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI

1 Introducción

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

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

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

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

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

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

2 Objetivos

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

3 Metodología

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

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

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

- Funciones comunes de ambas enfermeras/os:
 - Realizar una revisión de la historia clínica del paciente, comprobado que es correcta, está completa, las alergias que posee el paciente, y sus antecedentes personales.
 - Evaluar y valorar el estado del paciente antes de la intervención solventando dudas y tranquilizando al paciente.
 - Comprobar la correcta preparación del paciente antes de la intervención: ayunas, correcta higiene, medicación pautaada administrada y/o tomada, rasuración realizada, ausencia de prótesis, joyas, esmaltes...
 - Verificar que el consentimiento informado de la intervención quirúrgica, esté informado, leído y firmado.
 - Encargarse de rellenar el check list o verificación de seguridad quirúrgica antes de comenzar la intervención.
 - Mantener el quirófano antes de la llegada el paciente ordenado, limpio y con el material a utilizar preparado incluidos los implantes quirúrgico con las tallas o numeraciones que se le vaya a implantar al paciente según orden médica.
 - Comprobar que el material funciona correctamente antes de la llegada del paciente (respiradores, monitores, bombas de infusión, aspiradores, laringoscopio...).
 - Preparación y administración de la medicación y anestesia pautaada por los médi-

cos, preparación de los sondajes, vías venosas y arteriales que se le vaya a poner y canalizar al paciente.

- Preparar el campo estéril manteniendo la adecuada asepsia para evitar la colonización del paciente dando lugar a infecciones nosocomiales y con ello posibles consecuencias graves para el paciente.
- Colaboración en el traslado del paciente a la mesa de operaciones del quirófano, en la posición quirúrgica y en el traslado a la unidad de recuperación postanestésica (URPA) o unidad de cuidados intensivos (UCI), según requiera su recuperación. Se informará a la enfermera de la URPA o UCI del proceso quirúrgico, las complicaciones surgidas, el tipo de anestesia, el estado del paciente, vías canalizadas, drenajes, transfusiones, medicación administrada...
- Monitorizar al paciente, controlar las constantes vitales del paciente antes, durante y después de la intervención.
- Ser parte de la docencia del área quirúrgica colaborando como equipo multidisciplinar para estar correctamente actualizado en técnicas e información científica relevante para el paciente a favor de su salud.
- Funciones del enfermero/a circulante:
 - Colaboración con el anestesta en la administración de medicación, inducción a la anestesia e intubación y en la canalización de catéteres venosos y arteriales.
 - Lavado de manos con agua y jabón simple o con preparados de base alcohólica específicos según las recomendaciones de la Organización Mundial de la salud (OMS), una Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, “una atención limpia es más segura” con sus “5 momentos para la higiene de manos” con el eslogan de “Salva vidas: límpiate las manos”, siendo uno de esos momentos antes del contacto con el paciente y de un procedimiento limpio/aséptico.
 - Se realiza la preparación de la piel a intervenir realizando el correcto lavado y desinfección con antisépticos con preparados de clorhexidina jabonosa, paso muy importante para evitar la colonización de diversos patógenos como bacterias, hongos... y con ello las posibles complicaciones postoperatorias en el paciente. Luego el cirujano, una vez estéril, realiza una segunda desinfección de la zona a intervenir.
 - Verificar que la posición quirúrgica, fijaciones, medias de compresión, calentador y almohadillas están correctamente colocadas para evitar lesiones.
 - Comprobar que la mesa quirúrgica está en posición adecuada según la zona a intervenir, la posición quirúrgica del paciente y la ubicación del equipo profesional estéril.
 - Colocación de la placa de bisturí y conexión de todos los equipos a la red eléctrica cuando la enfermera instrumentista nos pase los extremos distales de los cables

a conectar.

- Verter todo el material y caja de instrumental de manera estéril a la mesa quirúrgica una vez que la enfermera instrumentista haya desdoblado y colocado el campo estéril, comprobar que se encuentre todo el material a utilizar.
- Se ayudará a la enfermera/o instrumentista y cirujanos al cierre de batas estériles.
- Se aportará a la enfermera/o instrumentista el material, implantes e instrumental necesarios durante la intervención.
- Se colocarán los cubos de residuos en lugar apropiado para que la enfermera/o instrumentista pueda desechar lo que ya no se necesite.
- Anotará el número de compresas y gasas utilizadas.
- Cumplimentará el vale de reposición del material implantado.
- Preparará los contenedores para la recepción de las muestras extraídas durante la intervención, las identificará correctamente e enviará al destino apropiado: microbiología, laboratorio, anatomía patológica...
- Se mantendrá el quirófano recogido, procurando que los residuos vayan a sus depósitos correspondientes.
- Participará junto al enfermero instrumentista, en el recuento de instrumental, gasas y compresas.
- Se retira la placa de bisturí del paciente al terminar la intervención.
- Se recoge el campo estéril e instrumental colaborando con la enfermera/o instrumentista.
- Se prepara al paciente al finalizar la intervención para el traslado a la unidad correspondiente y se ayuda al anestesista a extubar al paciente o a conectarle al respirador de traslados.
- Funciones del enfermero/a instrumentista:
 - Lavado de manos quirúrgico, que consiste en el lavado de manos con agua y jabón antimicrobiano antes de las operaciones o procedimientos invasivos cuya duración será aproximadamente de 5 minutos y cuyo objetivo será inhibir la suciedad, materia orgánica, flora transitoria o contaminante y flora residente siendo difícil eliminar con un lavado normal rutinario de manos. Este primer paso, es muy relevante ya que un gran número de publicaciones científicas, coinciden en que es la recomendación más importante para salvar vidas ya que evitan infecciones nosocomiales.
 - Colocación de elementos barrera, aunque la recomendación más fuerte para la prevención de infecciones nosocomiales ha sido el lavado de manos, también se recomienda el uso de elementos barrera para prevenir las infecciones por la contaminación de la ropa, gotas o fluidos: gorro, mascarillas, protectores oculares

bien gafas o pantallas, (éstos se pondrán antes del lavado de manos) y guantes y batas estériles que se pondrán después del lavado de manos con ayuda de la enfermera instrumentista u otro miembro del equipo que no se encuentre estéril.

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

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

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

- Se coloca al alcance de la enfermera circulante los terminales distales del bisturí eléctrico, aspirador.. y todo aquello que deba de enchufar a la corriente eléctrica.

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

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

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

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

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

- Realización de un recuento final de agujas e instrumental que debe de coincidir con el recuento que había al principio para evitar que no se haya quedado nada

dentro de la cavidad del paciente y favorecer su seguridad.

- Para finalizar, se hará una limpieza de la herida quirúrgica y aplicación de anti-séptico.
- Se cubre la herida con apósito estéril y colaborar en la colocación de vendajes.
- Se organiza, clasifica e identifica el instrumental una vez que se ha lavado por las auxiliares de enfermería y se envía al servicio de esterilización correctamente empaquetado.

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

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

- Proyecto infección quirúrgica Zero:
- Ambiente aséptico y material estéril para las intervenciones quirúrgicas.
- Antibióticos profilácticos cuyo tiempo antes de la incisión debe de ser menor a 60 minutos.
- Higiene de la piel como máximo 12 horas antes de la intervención.
- Utilizar para la preparación de la piel, friccionando, clorhexidina alcohólica al 2% dejando secar dos minutos.
- Eliminar el vello con maquinilla eléctrica, en menos de 12-16 horas antes de la intervención y sólo si es necesario.
- Las curas, realizar con técnica estéril.
- Vigilar y mantener la normoterapia y normoglucemia antes, durante y después de la intervención.

5 Discusión-Conclusión

- Las enfermeras/os son una pieza fundamental en quirófano debido a sus numerosas funciones desde su primer contacto con el paciente en el preoperatorio, aportando confianza y disminución del estrés, estudiando su historia clínica...

durante la intervención, aportando esterilidad y asepsia en todas sus acciones y evitando complicaciones y en el post-operatorio acompañando al paciente a la unidad correspondiente y vigilando las posibles complicaciones tras la intervención realizando así un abordaje integral.

- Gracias a la implicación de enfermería en la humanización de los cuidados en quirófano, se evita que la atención en quirófano sea fría e impersonal al conseguir que todo el equipo multidisciplinar, vea más que una enfermedad o un caso clínico, una persona con una serie de preocupaciones, creencias, miedos y valores y no centrarnos solo simplemente en el problema de salud mediante la intervención quirúrgica y técnicas, como sucedía en el pasado.
- A lo largo de la historia, ha sido posible mejorar las condiciones de higiene, asepsia y esterilidad en quirófano, no obstante, aún queda trabajo por hacer, ya que las infecciones contraídas en quirófano, continúan situándose en el primer lugar dentro de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.
- Se debe de reforzar el cumplimiento de los proyectos Zero, estrategias y recomendaciones de seguridad, intensificar la formación del personal, aumentar el número de personal, medios y materiales suficientes, porque ello contribuye a un mejor cumplimiento de los protocolos de asepsia.
- Conociendo ya las funciones tanto de la enfermera circulante como instrumentista en quirófano, se ha comprobado que constituyen una pieza fundamental para la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, en este caso en quirófano, porque la esterilidad y asepsia priman en prácticamente todas sus funciones dentro de quirófano.
- El colectivo enfermero, se encuentra fuertemente preparado para prevenir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, así lo lleva demostrando años atrás con sus contribuciones e implicación en investigación y docencia, hace ya casi 2 siglos que la enfermera Nightingale propuso unas normas de higiene y lavado de manos que posteriormente reconoció la OMS y que aún se siguen utilizando, ya que con dichas normas, se ha mejorado notablemente las cifras de las infecciones nosocomiales.

6 Bibliografía

1. Martínez Jiménez C, Cuervas-Mons Finat M. La enfermería en la prevención de las infecciones nosocomiales. Revisión bibliográfica. Universidad de Valladolid; 2017. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/28041/TFGO%201072.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Sbardella A. National Geographic. Historia. Florence Nightingale, la heroína

de los hospitales [sedeWeb]. [actualizada el 5 de Mayo de 2023; acceso 11 de julio de 2023]. Disponible en: https://historia.nationalgeographic.com.es/a/florecenightingale-heroina-hospitales_14173

.3. Delgado Lozano C, Barquero Guerrero M, de la Paz, García Haro A. Protocolo de enfermería: preparación del quirófano y acto quirúrgico para ligamentoplastia de ligamento cruzado anterior. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0775.pdf>

.4. Sociedad Española. Medicina Preventiva, salud Pública y Gestión Sanitaria. Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en España (EPINE). Informe España. Prevalencia de infecciones (relacionadas con la asistencia sanitaria y comunitarias) y uso de antimicrobianos en hospitales agudos. 2022

[fecha de elaboración 1 de Diciembre de 2022; acceso 12 de julio de 2023]; (32). Disponible en: <https://epine.es/api/documento-publico/2022%20EPINE%20Informe%20Espa%C3%B1a%2020221201.pdf/reports-esp>

.5. Fadrique Casero M. Enfermería en Quirófano. Universidad de Valladolid: 2014/2015. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/12058/TFG-H324.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Capítulo 600

LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR DE LOS CELADORES

NOHEMI GARCIA FUENTES

RAUL MARIN RAMIREZ

FELIX MARTIN-NIETO MORENO

PLACIDO FERNÁNDEZ GÁMEZ

RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ

1 Introducción

Los celadores desempeñan un papel esencial en la atención médica al mantener la organización y la eficiencia en los hospitales. Sin embargo, su labor a menudo implica enfrentar desafíos emocionales y físicos, lo que puede tener un impacto en su salud mental y bienestar. La atención a la salud mental de los celadores no solo beneficia a los propios profesionales, sino que también contribuye a una mejor calidad de atención para los pacientes y a un entorno hospitalario más seguro. Van a desempeñar un papel crucial en los hospitales, ya que se encargan de las tareas relacionadas con el traslado de pacientes, la distribución de suministros y la colaboración con el personal médico y de enfermería. Dado que su trabajo va a implicar la interacción constante con pacientes y situaciones médicas a menudo que son desafiantes, es esencial que cuiden de su propio bienestar mental.

Es importante algunas consideraciones para conseguir ese bienestar mental que incluye la gestión del estrés, el apoyo emocional, establecer unos límites en el entorno hospitalario, el cuidado personal, la comunicación abierta, la formación y la capacitación para enfrentarse a situaciones difíciles además del reconocimiento y el aprecio que deben tener estos profesionales del área de salud.

2 Objetivos

El objetivo es explorar la importancia de la salud mental y el bienestar de los celadores analizando los factores que influyen en su bienestar psicológico y proponer estrategias efectivas para promover un ambiente de trabajo saludable.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de varias fuentes académicas como: Pubmed y google escolar entre otras para recopilar la información necesaria. Las palabras claves que se han buscado para realizar este trabajo son "salud mental de los celadores" y "el bienestar y factores que afectan al trabajo del celador de hospital".

4 Resultados

Es importante que se cumpla un ambiente de salud en el trabajo del celador para garantizar un ambiente de calidad y una atención integral al paciente. Existen varios factores que pueden afectar al bienestar mental de los celadores.

Estos factores son:

1. Carga Emocional: Los celadores pueden estar expuestos a situaciones emocionalmente desafiantes, como la enfermedad grave o el fallecimiento de pacientes. Esta carga emocional puede llevar a la fatiga emocional y al agotamiento.
2. Demandas Físicas: Las tareas físicamente demandantes, como mover pacientes o equipos pesados, pueden aumentar el riesgo de lesiones y afectar la salud física y mental de los celadores.
3. Horarios Irregulares: Los celadores a menudo trabajan en horarios irregulares y turnos rotativos, lo que puede afectar su ritmo circadiano y contribuir a trastornos del sueño y estrés.
4. Falta de Reconocimiento: La falta de reconocimiento por parte de otros miembros del personal hospitalario puede disminuir la moral y la satisfacción laboral.

de los celadores.

Es necesario implementar estrategias para promover la salud mental y el bienestar de los celadores. Algunas de estas estrategias son:

1. Programas de Apoyo Psicológico: Proporcionar acceso a servicios de apoyo psicológico, como asesoramiento y terapia, para ayudar a los celadores a gestionar el estrés y las emociones relacionadas con su trabajo.
2. Formación en Manejo del Estrés: Ofrecer programas de formación en técnicas de manejo del estrés y resiliencia para ayudar a los celadores a desarrollar habilidades para enfrentar desafíos emocionales y físicos.
3. Promoción de Estilos de Vida Saludables: Fomentar hábitos de vida saludables, como la actividad física regular y una alimentación equilibrada, para mejorar la salud física y mental de los celadores.
4. Reconocimiento y Valoración: Reconocer y valorar públicamente el trabajo de los celadores, resaltando su importancia en el equipo de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

El bienestar mental y la salud emocional de los celadores son fundamentales para garantizar su satisfacción laboral, calidad de vida y capacidad para proporcionar atención de alta calidad en entornos hospitalarios. Al abordar los factores que influyen en su bienestar y al implementar estrategias efectivas de apoyo, las instituciones de salud pueden crear un ambiente de trabajo saludable que beneficie tanto a los celadores como a los pacientes a los que atienden. El cuidado y la atención a la salud mental de los celadores son esenciales para mantener una fuerza laboral comprometida y contribuir al bienestar general en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

1. Búsqueda de palabras clave como: " bienestar mental de los celadores" y "salud mental del celador".
2. Revistas científicas.
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-del-celador-en-la-planta-de-salud-mental/>
4. <https://revistamedica.com/funciones-celador-salud-mental-hospitalaria/>
5. https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_9.pdf
6. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articuloconocemos-el-bienestar-psicologico-nuestro-13091399>

Capítulo 601

EL PAPEL DEL CELADOR EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

NOHEMI GARCIA FUENTES

PLACIDO FERNÁNDEZ GÁMEZ

RAUL MARIN RAMIREZ

FELIX MARTIN-NIETO MORENO

RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ

1 Introducción

La seguridad del paciente se ha convertido en un tema prioritario en la atención médica moderna. Los celadores, como parte integral del equipo hospitalario, juegan un papel vital en la prevención de riesgos y la promoción de un entorno seguro para los pacientes. Su labor no solo está relacionada con la organización y logística, sino que también tiene un impacto directo en la seguridad y el bienestar de los pacientes hospitalizados. La seguridad del paciente es una preocupación primordial en los entornos de atención médica, y el papel del celador como miembro esencial del equipo de salud no debe pasarse por alto.

Aunque el trabajo de los celadores puede no estar relacionado directamente en la atención médica o en la toma de decisiones clínicas, desempeñan un papel crucial en garantizar un entorno seguro para los pacientes y contribuir a la prevención de riesgos.

El celador es una figura multifacética y esencial para garantizar la atención médica de alta calidad y la protección de los pacientes en un entorno hospitalario.

Su colaboración con el personal médico y de enfermería, así como su atención a los detalles y su compromiso con las prácticas seguras, son fundamentales para lograr estos objetivos. Al resaltarse su papel y función como seguridad de los pacientes, se puede apreciar plenamente como los celadores contribuyen a una atención de calidad.

2 Objetivos

Examinar en detalle el papel crucial que desempeña el celador en la seguridad del paciente, destacando así su contribución en la prevención de caídas, la movilización segura de pacientes, la higiene y la limpieza y la comunicación efectiva dentro del entorno hospitalario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica recopilando datos de diferentes fuentes académicas y científicas como son Pubmed y Google escolar, entre otras. Se han buscado términos como "la seguridad del paciente", "el celador como figura de seguridad de los pacientes que están ingresados".

4 Resultados

Los celadores van a representar una gran importancia en la seguridad de los pacientes ingresados y de los pacientes que tienen consultas hospitalarias.

Algunas de las responsabilidades que tiene el celador como figura de seguridad dentro del hospital son:

- Prevención de infecciones: al mantener limpias las áreas de atención médica, desinfectar equipos y superficies y seguir prácticas adecuadas de higiene.
- Manejo adecuado de los equipos.
- Prevención de Caídas: Los celadores desempeñan un papel crucial en la prevención de caídas en el entorno hospitalario. Ayudan en la movilización de pacientes, colocación de barandillas y colocación de camas en posiciones seguras.

Su presencia constante y vigilante puede prevenir caídas accidentales y minimizar el riesgo de lesiones para los pacientes, especialmente aquellos con movilidad limitada.

- **Movilización Segura de Pacientes:** Los celadores tienen la responsabilidad de movilizar a los pacientes de manera segura y adecuada. Esto incluye la transferencia de pacientes de la cama a otros equipos, como sillas de ruedas o camillas. Un manejo inapropiado podría resultar en lesiones para el paciente o para el celador mismo. Siguiendo protocolos y técnicas adecuadas, los celadores pueden garantizar una movilización segura y minimizar el riesgo de incidentes.
- **Higiene y Limpieza:** Mantener un ambiente limpio y desinfectado es esencial para prevenir infecciones hospitalarias. Los celadores desempeñan un papel activo en la limpieza y desinfección de las áreas de pacientes, equipos y pasillos. Su atención meticulosa a la higiene contribuye significativamente a reducir la propagación de patógenos y la posibilidad de infecciones nosocomiales.
- **Comunicación Efectiva y Coordinación:** La comunicación eficiente es esencial para la seguridad del paciente. Los celadores colaboran con otros miembros del equipo de atención médica para garantizar la comunicación fluida y la coordinación en la transferencia de pacientes, cambios de turno y situaciones de emergencia. Esta colaboración mejora la toma de decisiones informadas y la identificación temprana de problemas potenciales.
- **Colaboración en situaciones de emergencia:** ayudando a movilizar pacientes, contribuyendo a minimizar los riesgos.

5 Discusión-Conclusión

El celador desempeña un papel esencial en la seguridad del paciente dentro del entorno hospitalario. Su contribución en la prevención de caídas, la movilización segura de pacientes, la higiene y la limpieza, así como la comunicación efectiva, es de vital importancia para garantizar la atención médica de alta calidad y la protección de los pacientes. Reconocer y valorar la labor del celador en la seguridad del paciente es esencial para promover un entorno hospitalario seguro y confiable, donde la salud y el bienestar de los pacientes sean la máxima prioridad. Además de la seguridad física de los pacientes, también es importante su contribución en la prevención de infecciones nosocomiales.

6 Bibliografía

1. Búsqueda de palabras clave "el celador como figura de seguridad hospitalaria"

2. Revistas científicas.

3. <https://www.ifp.es/blog/que-es-un-celador-y-que-hace#:text=Un%20celador%20deber%C3%A1%20instruir%20a,as%C3%AD%20el%20deterioro%20de%20estas>.

4. <https://revistamedica.com/celador-vigilante-seguridad-centros-hospitalarios/>

5. <https://revistamedica.com/celador-seguridad-paciente/>

Capítulo 602

TRATAMIENTO DE LA ROPA SUCIA EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHA

YOLANDA BARBERO CAÑADAS

MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA

MARIA DOLORES ALFARO CUERDA

ALMUDENA GALINDO GARVI

ANDREA BARBERO CAÑADAS

1 Introducción

En el hospital se genera un gran porcentaje de ropaje, entendemos por ropa sucia sábanas, toallas, batas, pijamas... Y todo el tejido que se utiliza en el hospital, tanto para el personal como para los pacientes.

La ropa especial es un foco importante de contaminación dentro del hospital. Por esto es muy importante que el personal de lavandería y plancha gestión formada y tratamiento de la ropa, siguiendo los protocolos establecidos en el hospital.

Para eso tendremos en cuenta varios factores; la manipulación, recogida, la foto y almacenamiento de la ropa sucia.

Tendremos especial cuidado con la recogida de la ropa sucia de las plantas con pacientes que tienen patologías infecciosas, enfermedades como el VIH... Ropa con manchas de sangre, esputos o restos biológicos en general.

Toda la ropa usada hospitalaria es susceptible de estar contaminada y contaminar si no se trata de forma adecuada, tanto al personal como a pacientes.

Actualmente, los contagios por contaminación en ropa sucia son mínimos, gracias a la forma de tratar todo el proceso, desde la planta, una vez que se recoge hasta que llega a la lavandería y es lavada.

Por ello la ropa debe manipularse de forma tal, que se minimizó los riesgos de contaminación en todo el centro hospitalario.

2 Objetivos

Explicar el proceso de transporte de la ropa sucia, desde que están en el uso hasta que llega al almacén. Incidiendo, en las normas de seguridad e higiene que se llevan a cabo para evitar contagios por contaminación.

3 Metodología

Nos hemos basado en la información publicada a través de revista Médica. Como la base de datos PubMed, además, hemos consultado un temario específico de personal de lavandería y planchado.

También contamos con nuestra experiencia personal laboral en el servicio.

4 Resultados

- Manipulación recogida de la ropa sucia.

El personal que manipula la ropa sucia en planta debes llevar unos carros especialmente preparados para la recogida, además, gran cuidadosos al de proyectarla en los mismos cerciorándose que la ropa quede completamente dentro de las bolsas del carro.

Los carros de este servicio deben lavarse periódicamente.

En las plantas donde existen pacientes en el aislamiento con procesos infecciosos contagiosos la ropa se necesitará en sacos impermeables, además, estos sacos deben poder lavarse con el propio contenido. De esta manera se evitan riesgos innecesarios.

El sistema más apropiado para la recogida de la ropa sucia sería el que conlleva una clasificación instantánea, en los mismos servicios o unidades en los que se

recoge.

La clasificación que se lleva a cabo in situ permite conseguir una mayor eficacia a menor coste en el servicio de lavandería y plancha.

Además, es necesario que los sacos vayan correctamente identificados para un funcionamiento correcto en el servicio de la bandeja y plancha.

- Transporte de la ropa sucia.

Algunos centros hospitalarios transportan la ropa desde las distintas plantas servicios o unidades a través de tolvas, si este es el caso, la ropa sucia debe ir correctamente sellada y cerrada en los sacos adecuados y resistentes.

Las tolvas deben limpiarse de forma regular y programada con una solución desinfectante, deben estar fabricadas con un material liso, inoxidable y fácil de limpiar.

- Almacenamiento de la ropa sucia.

Las bolsas de ropa sucia se almacenarán en un sitio destinado exclusivamente para esto, perfectamente ventilado de forma natural, y con comunicación directa a los montacargas o ascensores de uso exclusivo para la ropa sucia.

Las bolsas perfectamente identificables, se transportan desde este almacén a la lavandería, ya que debe permanecer el menor tiempo posible almacenado. Además, la ropa de planta no puede permanecer más de un día en la misma, en las unidades más sensibles, como las UCI, quirófanos... El servicio de recogida de la ropa sucia será al menos dos veces al día.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de recogida el transporte de ropa sucia desde la planta, la unidad o servicio hasta el almacén y posteriormente a la lavandería, conlleva un proceso por el cual el personal debe cumplir unas estrictas de normas de seguridad, evitando de esta manera todo contagio.

Los carros donde se transportan la ropa sucia deben estar dotados de sacos lavables para que se puedan grabar con la ropa que contiene, si la ropa sucia proviene de unidades en la que los enfermos padecen patologías infecciosas, estos sacos deben ser impermeables.

La ropa no debe permanecer más de un día en planta, en unidades con pacientes inmunodeprimidos, UCI, etcétera la ropa será recogida al menos dos veces al día.

Con todas estas normas, se intenta evitar el riesgo de contaminación de cualquier enfermedad transmisible, de hecho existen un porcentaje mínimo de contaminación por este medio.

6 Bibliografía

Temario Cet. Personal de lavandería y plancha. 2022

Capítulo 603

DIVERSIDAD CULTURAL EN LA ATENCIÓN A PACIENTES POR CELADORES HOSPITALARIOS

JADILLA MOHAMED ABDESELAM

1 Introducción

La atención médica es un campo donde se van a encontrar individuos de diversas culturas, creencias y valores. La atención médica es una experiencia personal y sensible, y es fundamental que los pacientes reciban un trato respetuoso y culturalmente competente. Los celadores, como miembros del equipo de atención médica, tienen un papel crucial en crear un ambiente acogedor y seguro para todos los pacientes, independientemente de su origen cultural.

La diversidad cultural se refiere a las diferencias en valores, creencias, prácticas y tradiciones entre individuos y comunidades. En un entorno hospitalario, la diversidad cultural es una realidad constante debido a la variedad de pacientes de distintos orígenes étnicos y culturales.

Este trabajo científico se centra en analizar la importancia de la diversidad cultural y la sensibilidad en la atención a pacientes por parte de los celadores hospitalarios. En un mundo cada vez más diverso, los celadores desempeñan un papel esencial en el cuidado de pacientes de diversas culturas y antecedentes. A través de este análisis, se busca comprender la relevancia de la competencia cultural y la empatía en el trabajo de los celadores, así como los beneficios de una atención sensible a la diversidad para mejorar los resultados de salud y la experiencia del paciente.

2 Objetivos

Conocer la diversidad cultural en la atención a los pacientes por parte del celador.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes fuentes científicas y académicas como Google escolar o Pubmed. Se ha realizado una búsqueda de términos como "el celador y la atención a los pacientes" o "la diversidad cultural del celador en la atención a pacientes" entre otras.

4 Resultados

En el ambiente hospitalario nos podemos encontrar diversidad de culturas tanto por los trabajadores como por los pacientes a los que se atiende.

Es importante tener en cuenta una serie de conceptos y pautas para tener una atención de calidad.

1. La sensibilidad cultural implica la capacidad de comprender y respetar las diferencias culturales de los pacientes. Los celadores deben reconocer que las actitudes y expectativas de los pacientes pueden variar según su cultura y deben ser capaces de adaptarse para proporcionar una atención que respete estas diferencias.
2. Comunicación Efectiva: La comunicación es fundamental en la atención médica. Los celadores deben ser conscientes de posibles barreras lingüísticas y adaptar su comunicación para garantizar que los pacientes comprendan los procedimientos y las instrucciones. La escucha activa y la claridad en la comunicación son esenciales.
3. Respeto a las Prácticas Culturales: Los celadores deben demostrar respeto por las prácticas culturales y religiosas de los pacientes. Esto incluye la consideración de restricciones dietéticas, necesidades religiosas y otros aspectos que pueden afectar la atención y el bienestar del paciente.
4. Empatía y Comprensión: La empatía es clave en la atención centrada en el paciente. Los celadores deben tratar a cada paciente como un individuo único y considerar sus circunstancias personales y culturales al brindar apoyo emocional y asistencia.
5. Entrenamiento y Formación Cultural: La capacitación en competencia cultural debe ser parte integral de la formación de los celadores. Esto les permitirá

adquirir habilidades específicas para abordar la diversidad cultural y la sensibilidad en la atención.

6. Beneficios de la Atención Culturalmente Sensible: Brindar una atención culturalmente sensible puede mejorar la satisfacción del paciente, la adherencia a los tratamientos y los resultados de salud. Además, promueve una atmósfera de respeto y confianza en el entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

La diversidad cultural y la sensibilidad son elementos fundamentales en la atención a pacientes por parte de los celadores hospitalarios. La competencia cultural y la capacidad de adaptarse a las necesidades individuales de los pacientes son cruciales para brindar una atención de calidad y fomentar una experiencia positiva. Los celadores desempeñan un papel vital en la promoción de una atención médica equitativa y respetuosa, y su compromiso con la diversidad cultural contribuye a un ambiente hospitalario inclusivo y efectivo. Es importante reconocer y valorar la diversidad, los profesionales de la salud pueden contribuir significativamente a la equidad y a la inclusión en el campo de la atención médica.

6 Bibliografía

1. Palabras clave como "diversidad en el ambiente hospitalario".
2. Revistas científicas.
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/enfermeria-y-la-atencion-desde-la-interculturalidad/>
4. <https://hospitalesinfantilesmejores.usal.es/contexto-familiar-y-cultural-de-los-ninos-hospitalizados/gestion-de-la-diversidad-cultural-de-las-familias-en-el-hospital/>
5. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/4602/30684_mu%C3%B1oz_martinez_ruben.pdf?sequence=1
6. <https://asociacionmatiz.org/gestion-de-la-diversidad-cultural-en-el-ambito-sanitario/>

Capítulo 604

EL CELADOR Y LOS PACIENTES GERIÁTRICOS

ANDREA MÁRQUEZ RAMÍREZ

1 Introducción

Desde hace unos años se ha incrementado el número de personas que se encuentran en una edad avanzada, España es uno de esos países en los que la gente de edad avanzada es muy numerosa, de hecho en unos años la mayoría de la población de nuestro país tendrá una edad superior a 60 años.

El paciente geriátrico es aquel que presenta multitud de enfermedades, que precisan de medicación continua, que tienen un deterioro funcional y que presenta criterios de una atención geriátrica especializada.

Según las últimas estadísticas, en España los hombres tienen una media de vida de unos 74,2 años, mientras que la de las mujeres es de unos 81,5 años., especialmente este rango de edad se da más en zonas rurales, ya que la población más joven tiende a alejarse hacia las grandes ciudades.

El celador realiza un gran servicio con estos pacientes, pues al haber más demanda de servicios sanitarios por parte de esta población envejecida y con ciertas carencias y limitaciones, su llegada al hospital puede verse afectada si estos no estuviesen allí para indicarles o ayudarles en aquellas tareas que no puedan realizar por sí mismos, porque muchos de ellos no tienen familiares que puedan acompañarles.

2 Objetivos

- Describir el papel del celador en el manejo del paciente geriátrico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El personal de las instituciones sanitarias no está tan adaptado en su trabajo en referencia a la atención del paciente geriátrico y posee ciertas limitaciones a la hora de atenderles, por tanto, es muy importante que el trato con estos resulte a veces una tarea muy complicada, ya que este tipo de pacientes presenta multitud de patologías y muchas veces estos pacientes tienen dificultad para hablar y expresarse, otros ni siquiera pueden hacerlo y algunos, los más graves ni saben como se llaman debido a la pérdida inevitable de memoria que les afecta

Es frecuente no encontrar un único diagnóstico, sino que habitualmente encontraremos diferentes procesos clínicos independientes. Todo ello se traduce en la necesidad de evaluaciones médicas más prolongadas, con un mayor número de pruebas complementarias y consultas a otros especialistas, lo que contribuye a aumentar la estancia media en urgencias y el número de ingresos. De hecho, no es infrecuente el ingreso en salas de observación de los ancianos con quejas no específicas.

Hay algunas funciones muy importantes en relación hacia estos pacientes en los cuales las funciones del personal requieren ayuda mutua, por ejemplo el celador aparte de tratar al paciente en cuanto al trato personal, es la de ayudar a los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la movilización para el aseo personal de estos, ayudar en la realización de cambios posturales para aquellos que lo necesitan, ya que estos pacientes pasan mucho tiempo en cama y necesitan que se les movilice en distintas posturas para evitar úlceras por presión, problemas musculares, que aparezcan deformidades, favorecer, de esta forma se favorece el bienestar del paciente y todo esto le ayuda a mejorar la circulación y la respiración, además el celador también ayudará a levantarlos cuando su pronóstico lo permita, bien de forma manual o bien mediante el uso de grúas.

5 Discusión-Conclusión

La complejidad de manejo del paciente geriátrico en cuanto a la diversidad e interacción de distintos aspectos clínicos, físicos, funcionales, psicológicos y sociales requiere de una serie de conocimientos, habilidades y aptitudes que no suelen estar al alcance de un único profesional. (3)

Es por ello que en la atención de los pacientes geriátricos, será necesaria una atención multidisciplinar a estos pacientes con el objetivo de alcanzar unos beneficios como pueden ser:

- Acceso a un mayor número de servicios y profesionales.
- Mayor eficiencia por mayor integración y coordinación de servicios para el paciente.
- Mayor comunicación y soporte entre profesionales y cuidadores
- Mayor número de oportunidades para adquirir conocimientos y habilidades de máxima calidad

Es necesario tener presente que el elemento fundamental a tener en cuenta es que el personal de estas instituciones tenga ciertos conocimientos en cuanto a las funciones que debe realizar con estos enfermos e influye la colaboración o no del paciente, ya que este tipo de pacientes por lo general colabora poco.

Es fácil de deducir que la tasa de población envejecida será cada vez mayor, por lo que es lógico que el personal sanitario y no sanitario tengan que atender en su día a día más paciente de este tipo que otros y necesitarán de una formación específica para saber atenderles correctamente

6 Bibliografía

1. Revista médica: <https://www.google.com/amp/s/revistamedica.com/comunicacion-paciente-geriatrico/>.
- 2.(Microsoft Word - Domingo Palacios Conceptos generales de Geriatr\355a y Gerontolog\355a.docx) (urjc.es).
- 3.El paciente geriátrico - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com (revista-portalesmedicos.com).

Capítulo 605

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA COMO CONTENEDOR DE LA INTIMIDAD DE LOS PACIENTES

SUSANA OCHOA GUIJARRO

MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ

ANA MARIA PATO DE PABLO

MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN

MARIA JOSE ROMERO PEREZ

1 Introducción

En lo que a la historia clínica del paciente respecta, el trabajo del auxiliar administrativo con relación a la historia clínica consiste en poder identificar los datos de los que está formada y en manejar el diseño y mantenimiento del formato (ya que depende de la administración del centro médico si esta información está guardada en físico o en un medio digital, aunque hoy en día suele ser casi exclusivamente de este último modo) de la historia clínica mediante actualizaciones periódicas sobre los cambios ocurridos en la misma, así como vigilar el control de calidad de la historia clínica y garantizar la accesibilidad de la misma.

Debido a la gran producción de documentación en cada uno de los procesos que tienen lugar en el ámbito sanitario, el auxiliar de función administrativa a de ser

capaz de manejarla con gran eficacia, ya que de esto depende la conservación y seguridad de todos los documentos para consultas posteriores y agilidad, pues el tiempo siempre suele ser un factor importante a tener en cuenta a la hora de atender a los usuarios. Ha de ser de vital importancia que el auxiliar administrativo esté muy familiarizado con los mecanismos internos y el funcionamiento de la historia clínica, ya que de ocurrir lo contrario, se estaría dando lugar a graves obstrucciones del sistema que pudieran resultar incluso en problemas serios de salud en los pacientes al haberse registrado datos incorrectos en su historial que hayan resultado incorrectos o datos falsos que lleven a error en próximos diagnósticos y tratamientos. Para prevenir este tipo de sucesos es indispensable, como hemos dicho antes, que el auxiliar administrativo esté muy familiarizado con el funcionamiento de la historia clínica, y es por esto por lo que en este texto revisaremos que es, qué utilidad tiene y cómo funciona.

2 Objetivos

- Describir las funciones de administración dentro del marco de la historia clínica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El auxiliar administrativo debe conocer al detalle el funcionamiento de los mecanismos internos de la historia clínica, ya que, de no ser así, podrían darse malentendidos acerca de la información de los pacientes que darían lugar a problemas de salud en los usuarios por haberse archivado datos incorrectos en su historial que podrían resultar en la receta de medicación equivocada o información errónea que pueda perjudicar a las personas o al funcionamiento del hospital o centro médico. Para poder asegurarnos de que este tipo de situaciones no ocurran es muy necesario, como se ha establecido antes, que el auxiliar de función administrativa conozca muy bien el funcionamiento de la historia clínica y cuál es su

utilidad:

La historia o historial clínico es el registro de las condiciones de salud del usuario, los datos y valoraciones e información de cualquier índole que traten sobre su situación y evolución clínica y demás actos médicos y procedimientos de asistencia sanitaria que han tenido lugar en la trayectoria médica del paciente en orden cronológico, apareciendo también identificados en ella los médicos y demás profesionales que hayan intervenido en los mismos. Todo ello se encuentra registrado en el historial clínico desde la aparición del primer episodio de la enfermedad o control de salud en el que se atiende al usuario, sea en el centro de atención primaria, en el de salud o en el Hospital, ocurriendo lo mismo en el caso de las urgencias hospitalarias.

El administrativo tiene el deber de guardar en secreto el contenido de los historiales clínicos, pues esta información es de carácter privado y solo deben tener acceso a ella los sanitarios encargados de cuidar la salud del paciente, el paciente mismo y aquellos autorizados por dicha persona, siendo una gran responsabilidad por parte de los administrativos el cuidar de que estos datos no se filtren, pues en muchos casos se trata de asuntos sensibles que solo el usuario tiene el derecho de difundir, siendo habituales los casos en los que no desee hacer esto, en los cuales se confía en la discreción del administrativo.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de gestión administrativa ha de estar muy familiarizado con el funcionamiento de la historia clínica para que los procesos sanitarios que dependen de la misma puedan llevarse a cabo con éxito y poder, así, evitar que por errores del historial se den accidentes o situaciones no deseadas. Para poder evitar dichas situaciones, es importante que el auxiliar administrativo sea capaz de identificar los datos de los que la historia clínica está formada y que pueda también llevar a cabo el mantenimiento de los historiales clínicos de los pacientes por medio de actualizaciones periódicas sobre los cambios ocurridos a lo largo del tiempo en su vida en lo que a salud se refiere, así como vigilar el control de calidad de la historia clínica y garantizar la accesibilidad de la misma a las personas autorizadas.

6 Bibliografía

1- «BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, páginas 40126 a 40132. Artículo 14. [internet] [Citado el 15 de agosto de 2023] Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

- 2- «BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, páginas 40126 a 40132. Artículo 15. [internet] [Citado el 15 de agosto de 2023] Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- 3- Diario oficial de Castilla-la-Mancha. III.-Otras disposiciones y actos. pp. 27182. [internet] [Citado el 15 de agosto de 2023] Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/legislacion/20131020/hc_0.pdf

Capítulo 606

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RESPONDE A PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE APORTACIÓN FARMACEÚTICA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

SUSANA OCHOA GUIJARRO

MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ

ANA MARIA PATO DE PABLO

MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN

MARIA JOSE ROMERO PEREZ

1 Introducción

Parte de la actividad diaria del auxiliar administrativo es la de proporcionar información práctica al usuario sobre las preguntas que este pueda hacerse al respecto de asuntos que le afectan de forma diaria al relacionarse con otros usuarios y que tienen dudas que vienen a solucionar en el mostrador de atención primaria, sobre el funcionamiento de la tarjeta sanitaria o los mecanismos relacionados con su uso; como el porqué de las diferencias entre usuarios a la hora del cobro de los medicamentos en la farmacia, siendo habituales las preguntas acerca de esto

por parte de usuarios que quieren saber por qué ellos deben pagar su medicación cuando hay otros a los que no se les pide esto, o por ejemplo, dudas sobre el tipo de retención de su tarjeta sanitaria, pues no es raro que el auxiliar administrativo se encuentre con cuestiones vinculadas al precio de los medicamentos, si se les está cobrando demasiado y a que se debe las diferencias de cantidades entre los diferentes usuarios a la hora de desembolsar el dinero en la farmacia.

Teniendo en cuenta que no es raro encontrarse con este tipo de situaciones, resulta evidente que el auxiliar administrativo a de ser capaz de responder todas estas interrogantes y, por tanto, ha de contar con un conocimiento amplio sobre temas de esta índole para poder realizar su trabajo de manera eficiente, y es por eso que en este capítulo trataremos de abordar los temas y preguntas más habituales por parte de los usuarios para que, a la hora de hacerlo estemos preparados para solucionar correctamente.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las necesidades de los usuarios y las preguntas más habituales que suelen hacer a los auxiliares administrativos

3 Metodología

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

4 Resultados

Un auxiliar administrativo ha de ser capaz de resolver ciertas dudas de los usuarios, sobre todo aquellas relacionadas con el funcionamiento de la tarjeta sanitaria y la aportación del usuario, por lo que es importante que este sea conocedor de por qué de las mismas y de información sobre ellas para poder reaccionar correctamente a situaciones como las siguientes:

- ¿De qué depende la aportación farmacéutica que tiene el usuario?:

La prestación farmacéutica ambulatoria se proporciona a los pacientes a través de la receta que podrán usar en una farmacia, y puede variar de un individuo a otro,

pues está sujeta a la aportación del usuario, la cual está regulada mediante por normas de índole nacional, que son las que marcan las exenciones, el porcentaje de la aportación y los límites de la misma. Esta aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación está determinada en el “Real Decreto Ley 16/2012” del 20 de abril (1 de julio de 2012), y el “Real Decreto Legislativo 1/2015” del 24 de julio regula la subvención pública de esta

- ¿Cómo sabe el auxiliar administrativo el tipo de aportación de la tarjeta para los medicamentos de cada usuario?

El tipo de aportación viene determinado por la información recogida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, también conocido como INSS y el nivel de renta correspondiente al último año cerrado fiscalmente según el Ministerio de Hacienda. Estos datos se actualizan cada enero con los datos incluidos en la declaración de la renta del año anterior y se mantienen durante el siguiente (2). Al ganar acceso a los datos del usuario en la base de datos o a su tarjeta sanitaria el auxiliar administrativo puede saber la aportación del usuario según su código correspondiente, siendo el TSI 001 para usuarios libres de aportación, el TSI 002 para aquellos con aportaciones del 10%, TSI 003 para aportaciones del 40%, TSI 004 para las de un 50%, TSI 005 para un 60%, habiendo también otros casos como el de los mutualistas y clases pasivas de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial, cuya aportación es de un 30 %

- ¿Debe el usuario cambiar su tarjeta sanitaria si se da el caso de un cambio en su vida laboral?

Aunque su número de afiliación varíe o se dé una variación en su condición de aseguramiento, como puede ser de activo a pensionista, el usuario no necesitará hacerse una nueva tarjeta sanitaria, pues estos cambios tienen un registro automatizado en la base de datos del Sistema de Información Poblacional de la Tarjeta Sanitaria una vez se hayan validado los documentos correspondientes, así como en la del Sistema Nacional de Salud o SNS.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia que el auxiliar administrativo sepa de donde mana legislación de Tarjeta Sanitaria y su interpretación, para que así sea capaz de explicar a los usuarios de forma clara y veraz sus dudas durante los procesos administrativos y poder responder las preguntas que estos tengan sobre los mismos y sin olvidar la relación que esto tiene en la consecución de los medicamentos en los puntos de servicio farmacéuticos, los precios de los fármacos y la diferencia en-

tre una persona u otra a la hora de comprarlos. Sin descuidar que todo esto debe ser explicado a cada paciente con la claridad y el tiempo necesario que cada cual precise según su comprensión y más debido a lo complejo del tema en cuestión.

6 Bibliografía

- 1- Servicio andaluz de la salud, Consejería de aportación y consumo. Aportación económica para la prestación farmacéutica. [internet] [Citado el 6 de agosto de 2023] Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ciudadania/farmacia-y-prestaciones/informacion-la-ciudadania-sobre-el-uso-de-medicamentos/aportacion-economica-para-la-prestacion-farmacéutica>
- 2- Sacyl, Junta de Castilla y León. ¿De donde se obtienen los datos para calcular la aportación? [internet] [Citado el 6 de agosto de 2023] Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/es/farmacia-medicamentos/aportacion-productos-farmacéuticos-dispensados-receta-siste/obtienen-datos-calcular-aportacion>
- 3- SCS, Gobierno de Cantabria. Aportación farmacéutica a los usuarios. [internet] [Citado el 6 de agosto de 2023] Disponible en: <https://www.scsalud.es/aportacion-farmacéutica-a-los-usuarios>
- 4- Hospital Universitario de San Agustín, Servicio de Salud del Principado de Asturias. Tarjeta sanitaria individual [internet] [Citado el 6 de agosto de 2023] Disponible en: <https://as3aviles.es/index.php/ciudadanos/otras-prestaciones-y-servicios/aseguramiento-y-tsi>

Capítulo 607

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA PETICIÓN DE AMBULANCIA PARA EL TRASLADO DE PACIENTES EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

SUSANA OCHOA GUIJARRO

MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ

ANA MARIA PATO DE PABLO

MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN

MARIA JOSE ROMERO PEREZ

1 Introducción

Dentro de sus funciones diarias, los auxiliares administrativos han de servir de apoyo para los médicos en muchas ocasiones a la hora de gestionar el desplazamiento de los pacientes en las ambulancias ya sea desde su lugar de residencia o a otras instituciones sanitarias, pues no se da en todos los casos el que el paciente entre al consultorio del médico para solicitar este servicio, ya que muchas ocasiones les llega una cita del hospital o sucede que el paciente mismo es ya consciente de que normalmente puede pedirla directamente yendo al mostrador en el que se encuentra el auxiliar administrativo y que este le atenderá con respecto a este asunto. Es por esto por lo que se vuelve esencial el que el auxiliar

administrativo sepa solicitar una ambulancia y sea consciente de sí, el usuario en cuestión puede optar a una ambulancia o no, y es que no en todos los casos el paciente tiene derecho a esta prestación.

Y es en este capítulo donde desarrollaremos como desde el programa Turriano se hace la petición de la ambulancia, así como los tipos de usuarios con derecho a este servicio según la legislación sanitaria vigente y las variedades de transporte sanitario a los que dichos pacientes tendrían acceso.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer cómo el auxiliar administrativo solicita una ambulancia en el SESCOAM.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para el auxiliar administrativo es importante conocer bien los mecanismos del sistema sanitario en lo que al ámbito del transporte se refiere, ya que para poder atender a los usuarios correctamente en este aspecto ha de estar familiarizado con los distintos tipos de usuarios y su situación sanitaria, con respecto a estos servicios y las diferentes categorías de transporte sanitario, así como con el funcionamiento del proceso de la asignación de ambulancias para los pacientes que las necesiten, por lo que será útil para ellos tener siempre en mente la siguiente información:

El TURRIANO es el sistema de información regional para la atención primaria del SESCOAM, y es usado a diario por los auxiliares administrativos para realizar tareas tales como la gestión de la cita previa, datos de desplazados o, como es el caso que nos incumbe en esta ocasión, la solicitud de ambulancias (1); este proceso se lleva a cabo accediendo a este programa en cuya barra de herramientas se encuentra la pestaña de “Paciente” en el interior del programa, encontrando

el desplegable de “SITRAP”, que a su vez tiene dos etiquetas más que uno puede abrir individualmente, siendo estas la de “Consulta”, en la cual están registradas todas las ambulancias usadas alguna vez por el paciente ordenadas por fecha y la de “Alta”, de la cual nos haremos servir para esta tarea accediendo a través de ella al formulario que usaremos para pedir el transporte OTS (Orden de Transporte Sanitario: con un número único de orden) y tres cuerpos importantes más a rellenar, siendo el primero para la información del paciente, el segundo la solicitud de la ambulancia en sí con los datos pertinentes a la misma, como necesidades del paciente con respecto al uso de camillas oxígeno o la presencia de algún acompañante, y el tercero albergaría las direcciones de los lugares en los que el paciente será recogido y al que será transportado, siendo estos su domicilio, centro de salud, un hospital o algún centro concertado por el SESCOAM.

-Los distintos tipos de transporte sanitario y los usuarios a los cuales están destinados:

En nuestro país existen dos tipos de transporte sanitario, siendo estos el transporte urgente, cuya gestión va a cargo del 112, comprendiendo la prestación de este transporte urgente, aquel que tiene una naturaleza especial por tratarse de enfermos o accidentados de una gravedad suficientemente grande como para que el médico que en ese momento esté asistiendo a la persona o los profesionales sanitarios del Centro Coordinador del 112 consideren necesario este tipo de medidas por ser poco recomendable o demasiado peligroso el uso de medios de desplazamiento ordinarios. Dentro de esta categoría se pueden contemplar tres clases de vehículo según las circunstancias del caso, siendo estos el más típico desplazamiento en ambulancia, en una unidad móvil de emergencias o en casos de más difícil accesibilidad, un helicóptero sanitario.

La segunda modalidad de transporte sanitario es la no urgente, correspondiendo su gestión a los sanitarios y auxiliares administrativos correspondientes. Esta se da en el caso de que el desplazamiento de enfermos por causas clínicas sea totalmente imposible por medios ordinarios sin el uso del transporte sanitario, como en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte, siendo esta accesible mediante una prescripción por ejemplo, para las personas con discapacidad y, en caso de ser esto necesario, también a acompañantes y aquellos accesorios o elementos que sean necesarios para trasladar al usuario de la forma más autónoma y respetuosa para con el enfermo o herido posible.

5 Discusión-Conclusión

Es parte de la responsabilidad del auxiliar administrativo conocer a fondo la forma en la que el sistema sanitario funciona para poder mantener el orden y la fluidez de su funcionamiento, siendo una parte esencial de dicho funcionamiento el manejo adecuado de los servicios de transporte sanitario disponibles para los pacientes tanto de alta urgencia como de baja urgencia, los cuales dependen en muchos casos de correcta actuación del auxiliar de turno al tramitar su solicitud de ambulancia y su destreza dentro del programa Turriano que facilita este tipo de procesos. Y además de esto, el auxiliar administrativo ha de estar preparado para solucionar las dudas que los usuarios puedan tener acerca de estos temas, y, por tanto, han de conocer las distintas modalidades de transporte sanitario y sus diferencias, tanto como cualquier otro aspecto de su trabajo.

6 Bibliografía

- 1-. Alonso Martin A. Turriano el sistema de información regional primaria del SESCOAM Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios Vol. 9 - Número 2 - abril-junio 2008. pp 33 [internet] [Citado el 12 de agosto de 2023] Disponible en: <https://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/2008r9%20%20p31.pdf>
2. SESCOAM, Sanidad Castilla-la-mancha. Transporte sanitario [internet] [Citado el 12 de agosto de 2023] Disponible en: <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/tramitesyprestaciones/transportesanitario/transportesanitario>
3. SACYL, junta de Castilla y León. Información sobre transporte sanitario no urgente [internet] [Citado el 12 de agosto de 2023] Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/es/prestaciones-ayudas/transporte-sanitario/informacion-transporte-sanitario-urgente>

Capítulo 608

SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHA. PROCESOS DE LAVADO Y DESINFECCIÓN DE LA ROPA HOSPITALARIA

YOLANDA BARBERO CAÑADAS

MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA

MARIA DOLORES ALFARO CUERDA

ALMUDENA GALINDO GARVI

ANDREA BARBERO CAÑADAS

1 Introducción

El servicio de lavandería y plancha debe llevar la desinfección de la ropa hospitalaria, además, en los procesos que se lleven a cabo se intentará evitar al máximo la destrucción del tejido. Por ello, tomaremos en consideración ciertas pautas en los relativos al cuidado de los tejidos.

El servicio de lavandería y plancha debe llevar la desinfección de la ropa hospitalaria, además, en los procesos que se lleven a cabo se intentará evitar al máximo la destrucción del tejido. Por ello, tomaremos en consideración ciertas pautas en los relativos al cuidado de los tejidos.

El etiquetado.

Las prendas deben ir correspondientemente en etiquetadas siguiendo las normas de la legislación vigente referida a la composición, el origen, el lavado, el secado, el planchado y los blanqueantes que pueden utilizarse.

Todos los productos que presenten un mínimo del 80% de fibra textil deberán ir etiquetados.

En la etiqueta podremos encontrar muchísima información de interés para tratar la prenda en concreto, así como los datos del fabricante.

Hay muchísimos tipos de etiquetas; autoadhesivas, bordada, hilo mentalizado, cuero, reflectantes, termoadhesivas...

En las etiquetas también vienen indicados, a través de símbolos, los procesos para evitar cualquier daño en el producto.

De esta forma, cualquier persona pueden descifrar como tratar la prenda, sin importar el idioma que hable.

Estos símbolos nos indicarán la temperatura a la que puedes ver sometida la prenda en un lavado, el tipo de lavado en seco (lavado en seco, un lavado delicado, el tipo de disolvente que se puede utilizar en un lavador en seco, la duración del lavado, etcétera).

Del mismo modo, existen etiquetas con indicaciones para llevar a cabo un planchado óptimo.

En las etiquetas debe aparecer la identificación del tejido, ya que según sea este dependerá los procesos, tratamientos y trabajos que se lleven a cabo con él.

La composición nos permitirá conocer si el tejido está formado por fibras puras, por una o varias...

En la etiqueta nos vendrán reflejados pictogramas que nos indicarán el tipo de planchado que debe aplicarse a la prenda, si se puede planchar a cierta temperatura, con o sin vapor, o si no soporta el planchado...

2 Objetivos

Detallar cuáles son las normas genéricas de lavado en el servicio de lavandería.

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

Normas generales del lavado.

Con el proceso de lavado se busca quitar las manchas de impurezas de los tejidos, por lo tanto, una vez que tenemos la ropa pesada, anotaremos el pecho y el tipo de lavado que vamos a realizar.

Una vez que hemos introducido la ropa sucia, que la lavadora cerraremos la puerta herméticamente, es seleccionaremos el programa que mejor se adecue a las necesidades. Recordaremos que existen tres pruebas tipos de lavados; con pre lavado y centrifugado, siempre lavado, y los programas especiales para los tejidos más delicados.

Seleccionaremos el programa de la escala numerada, así como la temperatura que oscilará entre los 90°, o incluso los 120 grados, para una máxima esterilización. También debemos probar más el tipo de tejido. El lavado estándar suele durar una hora.

Las fases de lavado son:

Fase de pre lavado, es el primer ciclo de lavado con una pequeña parte de agua, en esta fase ya debemos poner el detergente y a suavizante en la cubeta para que el agua arrastre al producto hasta el tambor.

Cuando pasan unos minutos, el agua comienza a calentarse hasta alcanzar la temperatura que hemos seleccionado. Posteriormente, el tambor se llenará con el resto de agua.

Fase en el tercer ciclo del prelado, se expulsa el agua y se produce un pequeño pre lavado.

Las fases de lavado son:

* Fase de pre lavado, es el primer ciclo de lavado con una pequeña parte de agua, en esta fase ya debemos poner el detergente y a suavizante en la cubeta para que el agua arrastre al producto hasta el tambor.

Cuando pasan unos minutos, el agua comienza a calentarse hasta alcanzar la temperatura que hemos seleccionado. Posteriormente, el tambor se llenará con el resto de agua.

En el tercer ciclo del prelado, se expulsa el agua y se produce un pequeño pre lavado.

* Fase de lavado, en esta fase se desarrollan tres ciclos, el procedimiento que se lleva a cabo es el mismo que en el pre lavado pero con una duración de tiempo más prolongada.

El ciclo declarado y centrifugado se realizará dos veces.

En el ciclo del aclarado se aplicará el suavizante.

* Lavado a mano, este tipo de lavado es aconsejable para las prendas delicadas.

En una lavandería hospitalaria no suele realizarse, ya que está enfocado a prendas con composición de lana, seda...

5 Discusión-Conclusión

Como idea principal podemos destacar que existen diferentes tipos de lavado y planchado que se adecuan a las prendas según sus tejidos, consiguiendo una durabilidad en los tejidos más extensa en el tiempo, además, conservarán sus propiedades naturales, proporcionando la comodidad que se espera a la hora de que los pacientes utilicen la ropa.

Toda la maquinaria de lavandería, lavadoras, secadoras, centrifugadoras, planchas, calandras... Pueden programarse de forma minuciosa para adaptarse las propiedades de los tejidos según las indicaciones de las etiquetas.

Ya que todas las prendas deben ir perfectamente etiquetadas, de forma que queden visibles las advertencias y recomendaciones a la hora de tratarlas.

6 Bibliografía

TEMARIO ESPECIFICO CEP. PERSONAL DE LAVANDERIA Y PLANCHA. 2022

Capítulo 609

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE FALLECIDO Y SUS FUNCIONES EN EL MORTUORIO

JAVIER SANCHEZ CASTELLANOS

BELEN MAÑAS SÁNCHEZ

1 Introducción

Cuando una persona fallece, existe una paralización total de las funciones vitales del organismo, es un proceso natural y que continuamente está ocurriendo, pero en nuestra sociedad nos los ha hecho entender como si fuera un tema delicado, un tabú, un hecho traumático, aunque en este tema influyen otros factores religiosos y los culturales, por lo que desde el ámbito sanitario, se deberá de respetar en la medida de lo posible como lo vive cada familia, si bien es cierto, para los trabajadores siempre es difícil cuando llega este momento.

Se muestran los siguientes signos inmediatamente después de la muerte: insensibilidad de la piel, ausencia de respiración, no se ausculta el latido del corazón, pérdida del tono muscular, electrocardiograma y electroencefalograma planos, dilatación de la pupila. Unas horas después, aparece el enfriamiento del cuerpo, seguidamente del agarrotamiento muscular e inexistencia de elasticidad, y ya por último manchas de color rojo-violáceo en las partes declives del cuerpo.

En el momento del fallecimiento se realizarán una serie de cuidados denominados post mortem, existiendo un protocolo que cada uno de los trabajadores implicados debe de entender para actuar de la forma más respetuosa y adecuada. El

celador será avisado y aplicará las normas para el traslado del cuerpo, de manera calmada, empática, entendiendo de lo duro del proceso para los familiares, permitiéndoles que gestionen su estado emocional, pudiéndoles en la medida de lo posible, ofrecer alivio al ser escuchados y comprendidos.

2 Objetivos

- Determinar la forma de actuar del celador con pacientes fallecidos, el cumplimiento del protocolo de traslado del cadáver y su actitud frente a los familiares.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe referente a las funciones del celador ante el paciente fallecido y el protocolo del traslado del cadáver, 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

Cuando se certifica la muerte de un paciente, se avisa al celador de planta, o de servicio donde nos encontremos, UCI, REA, etc., para que lo lleve al mortuario. El celador avisará de que ha habido un exitus, al jefe de personal subalterno, al encargado de turno, o el celador que a veces hay designado en la sala de mortuario para que lleven el certificado de defunción al médico correspondiente para que lo rellene y lo certifique, una vez hecho esto acompañarán al celador para bajarlo a la sala de mortuario, colocándolo sobre una piedra.

En el estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden del Ministerio de trabajo de 5 de julio de 1971, en el artículo 14.2, se especifican las labores que desarrollará el celador, será en el punto 20, donde se describa que también ayudarán a la hora de hacer la autopsia en aquellas funciones auxiliares que no impliquen coger y utilizar instrumental alguno sobre el cadáver, encargándose al terminar de limpiar la mesa de autopsias y la propia sala.

Las funciones que ha de realizar un celador ayudando al personal de enfermería son:

1. Lavarnos las manos y colocarnos guantes de un solo uso.
2. Solicitar a la familia que salgan fuera de la habitación mientras realizamos el amortajamiento.
3. Aislar al fallecido mediante un biombo o cortina, para que el compañero de habitación presencie lo menos posible,
4. Posicionar el cuerpo en decúbito supino, colocando la cama en posición horizontal si estaba levantada, dejándole la almohada.
5. Ayudar a quitar y desconectar catéteres, drenajes,
6. Ayudar al aseo completo del fallecido, limpiarle las secreciones, afeitarse si hace falta, arreglarle el pelo o peinarlo.
7. Estirar las extremidades inferiores y colocar los brazos a lo largo del cuerpo, antes de que se vuelva rígido para que quede alineado. El cadáver debe quedar alineado.
8. Entregar a la familia los objetos del fallecido. Si no tuviera familiares, se llamará al jefe de celadores para hacer un inventario para su custodia por si alguien después preguntara por ellos.
9. Vestirlo con el sudario, aunque si la familia lo desea, pueden vestirlo con su propia ropa.
10. Cubrirle por completo con una sábana y ponerle la etiqueta de identificación: nombre, fecha, hora y unidad de procedencia.
11. El celador lo llevará discretamente, evitando pasillos con gente y zonas de tránsito.

5 Discusión-Conclusión

Cuando el paciente fallece, se le realizarán una serie de cuidados llamados post mortem, en los que el celador ayudará colaborando con el equipo de enfermería. Después dará traslado a su superior jerárquico o al celador designado de la sala de mortuorio para que el médico rellene el parte de defunción, procediendo, una vez firmado, a trasladarlo al mortuorio, envuelto ya con su sudario o la ropa que haya traído los familiares, y tapados completamente por una sábana para que el resto de pacientes o visitas que haya durante del traslado, no lo vean, preservando así su intimidad. En traslado no acompañarán los familiares, pero sí el superior u otro compañero celador.

El celador tendrá empatía con los familiares en estos momentos tan duros, respetando su dolor y siempre la voluntad del fallecido y la familia durante los últimos cuidados. Esta será una de las aptitudes que deberán de tener todos los

trabajadores del ámbito sanitario, ya que la muerte es un proceso natural, que ocurre a cada momento, aunque doloroso.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
2. Orden del Ministerio de trabajo de 5 de julio de 1971, estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
3. Búsqueda en Google con palabras clave : celador y el paciente fallecido, mortuorios, pacientes fallecidos
4. <https://fisiostar.com/celador/actuacion-celador-con-pacientes-fallecidos-salaaautopsia-y-mortuorios>
5. <https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador>

Capítulo 610

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

MARIA COTILLAS GUERRERO

CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO

1 Introducción

En el campo del servicio de radiodiagnóstico de los hospitales, los auxiliares administrativos garantizan un funcionamiento eficiente y organizado. Estos profesionales ayudan en el servicio del diagnóstico por imágenes, ya que asumen diversas responsabilidades administrativas y organizativas que permiten a los radiólogos y técnicos centrarse en brindar una atención médica precisa y de calidad a los pacientes. Dentro de este contexto, estos profesionales llevan a cabo una serie de funciones y responsabilidades específicas. Una de las responsabilidades clave es la programación de citas para estos procedimientos. Además, gestionan registros médicos relacionados con los procedimientos diagnósticos por imágenes, para así asegurar que toda la documentación esté completa y en orden para su revisión.

En el presente documento, exploraremos el relevante rol de los auxiliares administrativos en el servicio de radiodiagnóstico de los hospitales, examinando sus funciones y responsabilidades específicas. Se analizará cómo su labor en la programación de citas, el manejo de registros, la coordinación de procedimientos y

la comunicación con el personal médico y los pacientes, contribuye a optimizar el flujo de trabajo y la eficiencia operativa del servicio. Además, se discutirá la importancia de su habilidad para gestionar la confidencialidad de la información médica y garantizar el cumplimiento de los protocolos de seguridad y regulaciones aplicables en el servicio de radiodiagnóstico.

2 Objetivos

- Describir las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico.

3 Metodología

Para desarrollar este trabajo, se ha realizado una exhaustiva revisión bibliográfica a través de la búsqueda de artículos científicos publicados en revistas especializadas. La selección de estos artículos se ha llevado a cabo utilizando diversas bases de datos reconocidas, como Scopus, PubMed y Google Scholar.

4 Resultados

En el servicio de radiodiagnóstico hospitalario, los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental y diverso que mejora notablemente la eficiencia y calidad de los procedimientos de diagnóstico por imágenes. Este estudio ha identificado sus funciones y responsabilidades, que incluyen programación de citas, gestión de registros, coordinación con el personal médico y manejo de suministros y equipos.

Una de las principales funciones de los auxiliares administrativos en el servicio de radiodiagnóstico es la programación y organización de citas para los pacientes que requieren estudios radiológicos. Su habilidad para gestionar adecuadamente las agendas de los radiólogos y técnicos, así como coordinar los horarios de los pacientes, es esencial para asegurar una fluidez en el flujo de trabajo y minimizar los tiempos de espera. Además, estos profesionales son responsables del manejo de registros médicos, asegurando que toda la documentación necesaria esté completa, actualizada y disponible para el personal médico durante los procedimientos. La coordinación con el personal médico y los técnicos radiólogos es otro aspecto crucial de su labor. Los auxiliares administrativos aseguran una

comunicación efectiva y una logística bien coordinada entre todos los miembros del equipo de diagnóstico por imágenes.

En la labor de los auxiliares administrativos se encuentra la recepción de los pacientes en este servicio, donde se dan citas, se atiende al paciente tanto presencial como telefónicamente y se atienden peticiones desde otros centros sobre dudas, citaciones o reclamaciones. También se actualizan las peticiones de citas pendientes y exploraciones de quirófano que se realizan previamente a la intervención quirúrgica programada. Asimismo, se asesora a los pacientes del funcionamiento del hospital.

En primer lugar, debe identificarse al paciente mediante su tarjeta sanitaria o identificación personal, comprobando que su cita es correcta. El paciente puede acudir citado o no citado, en cuyo caso se prepararía su cita, esto ocurre cuando se solicitan una radiografía urgente, ya sea un paciente hospitalizado, del servicio de urgencias, etc.

Las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico son variadas y fundamentales para mantener una operación eficiente y organizada en esta área especializada del hospital. Algunas de las principales funciones incluyen:

1. Programación de citas: Gestionar las citas de los pacientes para los estudios radiológicos, coordinando los horarios disponibles con los del personal médico y técnicos.
2. Registro y documentación: Mantener y actualizar los registros médicos y la documentación relacionada con los estudios radiológicos de manera precisa y confidencial.
3. Recepción y atención al paciente: Recibir a los pacientes en el área de radiodiagnóstico, brindando información y asistencia durante su visita.
4. Coordinación con el personal médico y técnicos: Facilitar la comunicación entre los radiólogos, técnicos y otros miembros del equipo para garantizar una atención integrada y coordinada.
5. Coordinación de exámenes y procedimientos: Programar y coordinar los horarios de los exámenes y procedimientos radiológicos, asegurándose de que todo esté preparado para su realización.
6. Gestión de la confidencialidad: Garantizar que la información médica y los resultados de los estudios sean manejados de manera confidencial y de acuerdo con las regulaciones y políticas de privacidad.
7. Apoyo en tareas administrativas generales: Asistir en diversas tareas administrativas del servicio de radiodiagnóstico, como elaboración de informes, archivar documentos y mantener la organización general del área.

8. Atención al paciente: Brindar un servicio amable y comprensivo a los pacientes y sus familias, ofreciendo apoyo y contención durante el proceso de diagnóstico por imágenes.

9. Facturación y gestión de seguros: En el ámbito del radiodiagnóstico, resulta esencial llevar a cabo una gestión eficiente de la facturación y los registros de seguros. Los auxiliares administrativos cumplen un papel crucial al recopilar información precisa para los procesos de facturación y al brindar a los pacientes una comprensión clara de los aspectos financieros relacionados con los procedimientos. Su capacidad para garantizar que la información esté completa y sea precisa contribuye significativamente a la fluidez de los procesos financieros y al bienestar de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico es una pieza esencial en el equipo radiológico. Su principal tarea es proporcionar una atención de alta calidad al paciente, y, al mismo tiempo, coordinar las citas, lo que permite que los radiólogos, técnicos, personal de enfermería, auxiliares de enfermería y celadores realicen su labor de manera efectiva. Además, su involucramiento en la atención telefónica y en las gestiones administrativas agiliza y optimiza el funcionamiento del equipo en su conjunto, garantizando una eficiencia y eficacia óptimas.

En conclusión, los auxiliares administrativos en el servicio de radiodiagnóstico de los hospitales desempeñan un rol esencial para garantizar una atención médica precisa y de calidad en los procedimientos de diagnóstico por imágenes. Su labor en la programación de citas, manejo de registros, coordinación con el personal médico y gestión de suministros y equipos contribuye directamente a la eficiencia operativa y seguridad del servicio.

6 Bibliografía

1.Trabajo del auxiliar administrativo en la recepción de pacientes en el servicio de radiodiagnóstico. De 16 de noviembre de 2021. Disponible en: <https://revistamedica.com/administrativo-recepcion-radiodiagnostico/>

Temario de las oposiciones a Auxiliar Administrativo.

2.Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud. Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto básico del Empleado Público.

3.Acogida al nuevo trabajador del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Perpetuo Socorro y Materno Infantil. .4Gerencia del Área de Salud de Badajoz. Publicado el 29 de abril de 2011. Disponible en: http://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/atencion_hospitalaria/acogida_prof_radiodiagnostico_hps-hmi.V4.pdf

Capítulo 611

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA DE CIRUGÍA

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

MARIA COTILLAS GUERRERO

CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

1 Introducción

En el entorno hospitalario, la gestión eficiente de las listas de espera quirúrgica es crucial para garantizar una atención médica oportuna y de alta calidad para los pacientes. Esta tarea tiene un impacto significativo en la optimización del flujo de pacientes, la asignación equitativa de fechas de cirugía y el cumplimiento de las regulaciones y plazos establecidos.

Dentro del ámbito de la atención médica, ciertos recursos valiosos se vuelven escasos y pueden limitar el flujo de trabajo, a veces convirtiéndose en puntos críticos dentro del sistema sanitario. Estas limitaciones pueden relacionarse con equipos de alto costo utilizados para pruebas diagnósticas, donde la demanda supera la capacidad disponible, o la falta de profesionales específicos, como anestelistas en evaluaciones preanestésicas. Uno de estos recursos escasos es el quirófano, tanto por su cantidad limitada como por su compleja administración. Esta complejidad surge debido a múltiples factores, incluyendo el compartimiento de

recursos entre distintos especialistas, la variabilidad en la duración de las intervenciones según la patología y las características de los pacientes, así como la influencia de los profesionales involucrados. La preparación meticulosa de los pacientes antes de la cirugía reduce el margen de improvisación, demandando una gestión minuciosa y detallada. En consecuencia, es común que se formen listas de espera para el acceso a quirófanos.

En este documento, analizaremos el papel crucial de los auxiliares administrativos en la gestión de las listas de espera quirúrgica en entornos hospitalarios. Abordaremos en profundidad sus funciones, responsabilidades y las estrategias que utilizan para una gestión eficaz. También resaltaremos la importancia de la coordinación y comunicación efectiva entre auxiliares administrativos, personal médico y pacientes para garantizar atención médica oportuna y proporcionar información precisa durante todo el proceso.

2 Objetivos

- Describir, analizar y evaluar el papel de los auxiliares administrativos en la gestión de las listas de espera quirúrgicas 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 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 auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial en la gestión de las listas de espera quirúrgicas en hospitales, asegurando una asignación eficiente de fechas de cirugía para los pacientes. Sus responsabilidades incluyen la programación de citas quirúrgicas y la gestión de registros y documentación, enfocándose en la precisión y confidencialidad de la información médica para garantizar el orden adecuado y el cumplimiento de los tiempos establecidos.

Los auxiliares administrativos también desempeñan un rol importante en la coordinación y comunicación efectiva con el personal médico y los pacientes. Para

llevar a cabo estas tareas de manera eficiente, hacen uso de avanzados sistemas de gestión de citas y listas de espera, así como de herramientas de comunicación altamente efectivas. Estas herramientas les permiten mantener a todas las partes interesadas debidamente informadas acerca del estado de las listas y las fechas de cirugía, asegurando una atención médica oportuna y un flujo de información claro y preciso.

Las funciones de los auxiliares administrativos en la gestión de las listas de espera de cirugía son variadas, algunas de las principales funciones incluyen:

1. Programación y organización de citas quirúrgicas: Los auxiliares administrativos coordinan los horarios disponibles de los cirujanos, las salas de operaciones y los recursos necesarios para programar las citas quirúrgicas de los pacientes en lista de espera.
2. Mantenimiento y actualización de registros: se debe mantener y actualizar los registros y la documentación relacionada con las listas de espera. Esto implica la gestión precisa y confidencial de información relevante sobre los pacientes, los procedimientos quirúrgicos y los tiempos de espera estimados.
3. Gestión de la confidencialidad: Los auxiliares administrativos deben asegurarse de que la información médica y los datos de los pacientes sean manejados de manera confidencial y de acuerdo con las regulaciones y políticas de privacidad.
4. Coordinación y comunicación efectiva: La colaboración con los cirujanos y otros profesionales de la salud es esencial. Los auxiliares administrativos deben mantener una comunicación efectiva para mantener a todos los involucrados informados sobre el estado de las listas y las fechas de cirugía.
5. Priorización de casos: Los auxiliares administrativos, en coordinación con el personal médico, deben evaluar la urgencia y prioridad de los casos y asignar las fechas de cirugía en función de la gravedad y necesidad médica de cada paciente.
6. Manejo de cancelaciones y cambios: Los auxiliares administrativos deben manejar las cancelaciones y cambios de citas quirúrgicas de manera eficiente, asegurando que los tiempos libres sean asignados a nuevos pacientes en lista de espera.
7. Utilización de herramientas de gestión: Los auxiliares administrativos emplean sistemas y herramientas especializadas para organizar y dar seguimiento efectivo a las citas y listas de espera de los pacientes.
8. Atención al paciente: ofrecer atención personalizada al paciente y sus familias durante el proceso de gestión de las listas de espera, proporcionando información, apoyo y consuelo durante la espera.
9. Cumplimiento de regulaciones: aseguran el cumplimiento de las regulaciones y políticas establecidas para la gestión de las listas de espera y la asignación de

fechas de cirugía.

10. Actualización de información y datos: pueden ser responsables de generar informes periódicos y mantener actualizada la información sobre el estado de las listas de espera, proporcionando a médicos y a la administración una visión precisa de la situación.

En la mayoría de los centros, se adopta una programación semanal que se caracteriza por su flexibilidad para ajustarse a posibles cambios. Dos de los sistemas de programación más utilizados son la programación abierta y la programación basada en horas reservadas. En la programación abierta, todas las salas quirúrgicas están disponibles para cualquier tipo de procedimiento. Sin embargo, este enfoque tiende a ser menos eficiente en general y se utiliza en un número limitado de quirófanos, principalmente para casos de urgencia, para no afectar las intervenciones programadas. Por otro lado, la programación basada en horas reservadas, también conocida como sistema “block time”, prevalece como el enfoque más comúnmente utilizado. En este método, se asigna un quirófano específico junto con un periodo de tiempo determinado a un equipo quirúrgico, en función de la demanda de atención médica o de las prioridades previamente establecidas. Este sistema facilita la especialización tanto de las salas quirúrgicas como del personal, lo cual evita la constante reubicación de recursos entre diferentes quirófanos. Como es usual, las asignaciones se realizan con base en los servicios médicos en lugar de los cirujanos individuales, y su distribución varía en función de factores como las listas de espera para procedimientos quirúrgicos en los distintos servicios, así como los tiempos de ocupación de los quirófanos.

Los centros médicos tienen la responsabilidad de establecer directrices para la asignación de horarios a través del comité quirúrgico, garantizando un proceso equitativo. Estas directrices deben tener en cuenta varios factores, como la programación previa, las listas de espera, los intervalos de mantenimiento y la cantidad de cirugías urgentes requeridas en los distintos servicios médicos, entre otros aspectos significativos.

El análisis de las listas de espera va más allá de atribuir su existencia a desequilibrios en la oferta y la demanda, carencia de recursos o gestión inadecuada de sistemas de atención de salud pública. Si exploramos los factores que contribuyen al aumento de los plazos en la prestación de servicios, podemos dividirlos en dos categorías: aquellos que generan una mayor demanda y aquellos que restringen la oferta.

Dentro de los factores que amplían la demanda, se incluyen:

- Factores ligados a los pacientes, como el envejecimiento de la población, cambios epidemiológicos, evolución de la morbilidad, surgimiento de nuevas pa-

tologías derivadas del entorno y hábitos de vida, entre otros.

- Aspectos vinculados a instituciones de la salud, como la implementación de tecnologías innovadoras, mejoras en la eficacia de los métodos diagnósticos y tratamientos, y la optimización del acceso a los servicios médicos.
- Elementos asociados a los profesionales de la salud, como la introducción de tratamientos y técnicas diagnósticas innovadoras, así como la variabilidad en la práctica clínica.

En lo que respecta a los factores que limitan la disponibilidad de servicios, es importante destacar la capacidad, eficiencia y productividad de recursos esenciales como personal médico, camas de hospital, salas de operaciones, cirugía ambulatoria, equipos técnicos y unidades de hospitalización diurna, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

La gestión efectiva de las listas de espera de cirugía es un desafío crítico para los hospitales y centros de salud, ya que influye directamente en la calidad y la experiencia del paciente. Esta investigación destaca el papel esencial de los auxiliares administrativos en la coordinación y organización de las citas quirúrgicas, así como en la actualización precisa y confidencialidad de los registros médicos. La comunicación efectiva con el personal médico y los pacientes es fundamental, al igual que la priorización adecuada de los casos según su gravedad. Además, la utilización de herramientas y sistemas de gestión mejora la eficiencia del proceso. Cabe destacar que los auxiliares administrativos brindan atención integral al paciente durante todo el proceso, ofreciendo información, apoyo y contención para mejorar su experiencia.

Para una gestión efectiva de los horarios quirúrgicos, es esencial anticipar con precisión las duraciones de las operaciones. Esto implica contar con pronósticos confiables basados en estimaciones proporcionadas por los cirujanos, promedios de registros históricos y datos pertinentes adaptados a las necesidades de cada paciente. Subestimar las duraciones puede causar retrasos o cancelaciones, mientras que sobrestimarlas puede resultar en salas quirúrgicas inactivas. Por tanto, el uso de modelos predictivos se vuelve crucial para reducir la variabilidad de los tiempos estimados en medio de la incertidumbre inherente.

Por tanto, la planificación y la administración de la actividad quirúrgica, debido a su intrínseca complejidad y variabilidad, así como la implicación de diversos profesionales que van más allá de la atención médica, como gestores, personal administrativo y no sanitario en el quirófano, entre otros, representa un factor crucial para la eficiencia de los centros de atención sanitaria. La gestión óptima

tanto de las listas de espera quirúrgica como de los quirófanos es de vital importancia al garantizar que los pacientes reciban la atención médica que necesiten de manera oportuna.

6 Bibliografía

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

Capítulo 612

EL CELADOR Y EL PACIENTE GERIÁTRICO

MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO

FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ

MARÍA DEL MILAGRO GALLEGO CASTILLA

RUBÉN SANTACRUZ GALLEGO

LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS

1 Introducción

Actualmente, nuestra sociedad, se encuentra ante un fenómeno demográfico en el que el aumento de la esperanza de vida, ha hecho que nos encontremos ante una población cada vez más envejecida.

Una serie de acontecimientos, como son las mejoras en salud pública, los avances científicos, o el desarrollo en investigación en el campo de la medicina y en otras ciencias de la salud, han contribuido en gran medida a esta situación.

Dado este aumento exponencial de la tasa de población geriátrica, el celador debe estar preparado para atender del mejor modo posible a los mayores, grupo cada vez más numeroso, y que precisan una serie de cuidados especiales, que requieren conocimientos específicos en cuidados. Por ello resulta imprescindible que los celadores reciban formación continuada y de calidad sobre ello.

En cuanto a los ámbitos de actuación, se puede afirmar que el celador que trabaja en geriatría desempeña un papel esencial, ya que se encarga del cuidado

de los mayores en cualquiera de los ámbitos asistenciales en los que se atiende a la población geriátrica: hospitales, atención primaria y centros sociosanitarios (residencias de mayores).

Por último, es importante resaltar, que la atención geriátrica abarca un amplio abanico de servicios. Los celadores, junto con el resto de profesionales de la salud y del cuidado, trabajan para garantizar una atención que mejore la calidad de vida de los mayores, poniendo el foco de atención y actuación en las necesidades específicas de este grupo poblacional tan amplio, como son el manejo de enfermedades crónicas, el fomento del envejecimiento activo, la promoción del mayor grado de independencia posible, y la prevención de caídas, entre otros.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del celador con el paciente geriátrico
- Identificar las áreas de conocimiento en las que debe hacer mayor hincapié el celador en la geriatría.

3 Metodología

Este trabajo ha sido elaborado utilizando los documentos, guías, y artículos de publicación reciente y de fuentes fiables que han sido encontrados a través del buscador de Google Académico y bases de datos como PubMed, Medline y Scielo, extrayéndose aquella información que se ha considerado más relevante y de interés.

Las palabras claves utilizadas han sido “celador” y “paciente geriátrico”.

4 Resultados

El celador es una figura clave e imprescindible en el cuidado de la población geriátrica, y es la figura encargada de realizar las siguientes funciones:

- Proporcionan asistencia y cuidado directo a los adultos mayores:

Contribuyen a ayudar en ciertas actividades cotidianas como son la movilización (ayudando a movilizar a las personas dentro de las instalaciones, ya sea caminando, en silla de ruedas, o ayudando a utilizar cualquier producto de apoyo como puede ser un andador), la higiene personal, el transporte (trasladando a los mayores entre diferentes áreas del centro ya sea en un hospital o en una residencia) y el apoyo emocional (brindando compañía a los pacientes o residentes,

interaccionando y hablando con ellos, lo que es vital para su bienestar). Esta atención prestada por parte del celador resulta esencial para garantizar que los ancianos se sientan cómodos, seguros y bien atendidos.

- Vigilancia y seguridad:

El celador vela por la seguridad y el bienestar de los mayores, y se encarga en la medida de sus posibilidades de evitar posibles accidentes. La población geriátrica puede ser más vulnerable a sufrir caídas debido en gran medida a problemas de movilidad o a condiciones de salud preexistentes. Los celadores están cualificados para observar y detectar posibles riesgos para la seguridad y actuar de manera preventiva, lo que ayuda a reducir el riesgo de accidentes y lesiones.

- Comunicación y apoyo emocional:

A menudo, el celador es la persona que pasa más tiempo con el paciente o el residente mayor. Esta cercanía es útil para conocer mejor sus necesidades emocionales y sociales, proporcionándoles apoyo y compañía en momentos de soledad. Una comunicación de calidad, junto con el apoyo emocional, ayudan a mejorar la calidad de vida de los mayores.

- Coordinación con el resto de personal sanitario:

La figura del celador, es clave dentro del equipo multiprofesional encargado de proporcionar cuidados a la población geriátrica. Esta función está íntimamente ligada con la anterior, puesto que, al acompañar durante tanto tiempo a los adultos mayores, pueden identificar y comunicar al resto del equipo cualquier cambio en la condición de los pacientes mayores/residentes, facilitando una atención rápida y efectiva en caso de requerir necesidades médicas.

- Contribución al bienestar general:

Los celadores, con sus cuidados y su actitud, pueden marcar una gran diferencia en el bienestar general de la población geriátrica. Proporcionan estabilidad y apoyo emocional en un medio que suele resultar hostil. Gracias a su presencia, reducen la sensación de aislamiento que puede sentir la persona.

- Fomento de la autonomía en el mayor:

Los celadores se esfuerzan por promover la independencia y la autonomía en los adultos mayores, siempre que sea posible, animándolos a participar en aquellas actividades que implican movimiento y que a la vez estimulan sus habilidades físicas y cognitivas.

Para poder realizar de la mejor manera posible todas estas funciones detalladas anteriormente, el celador debe formarse de manera continua en unas áreas de conocimiento específicas para proporcionar una atención de calidad y respetuosa a los pacientes mayores que atienden. Algunos de los conocimientos más importantes que deben adquirir incluyen:

- Movilización y transferencias:

El celador debe conocer cómo movilizar y transferir a los mayores de manera segura para evitar caídas y lesiones. Esto puede incluir el uso de ayudas técnicas como sillas de ruedas, andadores y bastones.

- Higiene y cuidado personal:

Los celadores han de saber cómo colaborar de manera adecuada ante ciertos cuidados básicos como son la higiene personal, el aseo oral, el vestido, la alimentación y/o el cuidado de la piel, entre otros. Esto resulta esencial para que el mayor se encuentre cómodo y su bienestar mejore.

- Comunicación efectiva:

Deben saber cómo comunicarse de manera clara y compasiva con los adultos mayores, familiares, y otros miembros del equipo, así como comprender y abordar las necesidades emocionales y psicológicas que puedan aparecer.

- Prevención de caídas y seguridad:

Tener conocimientos sobre las medidas de seguridad adecuadas para prevenir caídas y accidentes en los entornos geriátricos, como el uso de barandillas, suelos antideslizantes y la organización de espacios para facilitar la movilidad.

- Cuidado específico en enfermedades de mayor aparición en población geriátrica:

El celador debe estar familiarizado con algunas de las enfermedades que suelen tener una mayor prevalencia en personas mayores, como puede ser la demencia. En este caso, es importante conocer estrategias que nos ayuden a interactuar y cuidar a la persona con demencia, teniendo un papel importante la comunicación no verbal que empleemos, y la comprensión de las necesidades de estas personas.

- Primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar (RCP):

Es primordial recibir formación actualizada y de calidad sobre ello, para saber responder de manera rápida y eficaz ante situaciones de emergencia, y estar capacitado en técnicas de primeros auxilios y RCP hasta que llegue el personal médico. Esto marca la diferencia y resulta esencial en casos de emergencias médicas.

- Atención a la salud y el envejecimiento:

El celador debe tener nociones básicas de anatomía y fisiología para comprender la estructura y la función básica del cuerpo humano, para comprender los cambios físicos, cognitivos y emocionales que se asocian al envejecimiento. Esto incluye la comprensión de enfermedades comunes que pueden ocurrir durante la vejez.

- Aspectos emocionales y psicosociales:

Tener la sensibilidad para comprender las necesidades emocionales y psicosociales de los adultos mayores, incluida la capacidad de brindar apoyo emocional y participar en actividades que fomenten la interacción social y el bienestar men-

tal.

- Normativas, ética profesional y privacidad:

Conocer las leyes y regulaciones pertinentes en el entorno de la población geriátrica, respetar los derechos y la privacidad de los mayores, así como comprender las consideraciones éticas en la prestación de cuidados.

- Colaboración en el equipo de atención:

Saber trabajar con el resto del equipo formado por otros profesionales de la salud, como enfermeras, médicos y terapeutas, con el fin de proporcionar una atención integral y coordinada.

- Documentación y seguimiento:

El celador debe tener conciencia de la importancia de documentar la atención que ha brindado a sus pacientes, así como otros datos relevantes.

- Control de infecciones:

Conocer y seguir las pautas de higiene establecidas, así como los protocolos a seguir, con el fin de prevenir infecciones y mantener un ambiente seguro y limpio.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada para este trabajo, se constata que son numerosas y muy importantes las funciones que desarrolla el celador con la población geriátrica. De igual modo, también ha quedado de manifiesto que una formación actualizada, de calidad, y específica de este profesional en cuestiones sobre cómo atender las necesidades que tiene la población geriátrica, que abarque además una serie de conocimientos específicos, podría suponer una gran mejora en la calidad asistencial proporcionada por los celadores, mejorando, con ello al mismo tiempo, la calidad de vida de este segmento poblacional y en consecuencia la calidad de vida de su entorno.

6 Bibliografía

1. Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 5 de julio de 1971
2. <https://revistamedica.com/celador-paciente-geriatrico-formacion-necesaria/>
3. Fernández JL, Parapar C, Ruíz M. El envejecimiento de la población. Lychnos [Internet]. 2010 [Consultado el 04 de agosto de 2023]; 1(2). Disponible en: http://www.fgcsic.es/lychnos/es_es/articulos/envejecimiento_poblacion.

Capítulo 613

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LAS RECLAMACIONES DE LOS PACIENTES EN LOS HOSPITALES

LORENA SORIANO ALARCON

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

ADRIANA INMACULADA MARTIN PALOMINO GON-
ZALEZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo puede ser el primero en enterarse de una queja o sugerencia, sin embargo, no está obligado a responder o tomar acción sobre la sugerencia, te tiene que dar motivos con tranquilidad e informar al paciente de sus derechos para dar tranquilidad a la paciente. El cuidado del paciente hará que este buen trabajo valga la pena, la institución, desde una posición de tranquilidad y con los conocimientos suficientes.

El público siempre te percibirá favorablemente. Los Servicios de atención al paciente son necesarios en hospitales e instalaciones médicas. Este servicio se encarga de atender las solicitudes de documentación clínica y cambios de hospital, así como de informar a los usuarios sobre todos los beneficios que ofrece, las calidades de atención de cada establecimiento o servicio y el proceso a seguir en caso de tener alguna sugerencia o reclamo.

El auxiliar administrativo es el encargado de dar respuesta a las quejas e incidencias de los usuarios y pacientes de diversas formas, y además debe estar dotado de las habilidades y recursos necesarios para atender y resolver de forma amistosa este tipo de situaciones.

En el campo de la salud pública, existe una relación permanente entre los pacientes y el personal médico y no médico. Dado que la comunicación es esencial en todas las relaciones, debe haber líneas abiertas de comunicación entre la administración y el paciente o usuario.

2 Objetivos

- Mostrar cómo manejar una situación en la que se involucra un asistente administrativo y los procesos para presentar quejas.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó 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, con un enfoque en la selección de trabajos académicos que tengan contenido pertinente al tema bajo investigación.

4 Resultados

Los pacientes y el personal sanitario o no sanitario (celadores, auxiliares administrativos), que colaboran habitualmente en la salud pública, deben de comunicarse de forma efectiva para que esta relación se mantenga. En este sentido, la mejora de la percepción pública les resultará de una comunicación abierta entre la administración y el paciente o usuario.

La atención al ciudadano o paciente comprenderá la recepción y registro de documentos, así como la aceptación de las sugerencias y quejas puede presentar: solicitudes, quejas, felicitaciones, sugerencias y otros comentarios.

- Presencial: en cualquier servicio de la atención a pacientes y usuarios de un centro de salud; en el Departamento de Salud o sus delegaciones territoriales.
- Por correo postal: Debe acudir al hospital donde ocurrió el incidente, al Departamento de Salud, o a una de sus Delegaciones Territoriales de la Salud.

- En línea, utilizando un formulario electrónico disponible y un certificado digital que sea aceptado por el sitio web. Los auxiliares administrativos atienden a las quejas y reclamaciones.

Tienen dos opciones de comportamiento:

- El único requisito es que cada usuario sepa dónde y cómo presentar reclamaciones. Por lo general, el servicio de atención al paciente es donde se hace esto. Su objetivo es abordar las afirmaciones y negaciones de forma directa de cada cliente o usuario. Suele ocurrir en la atención primaria, donde no existe un servicio de atención al paciente. Ambos escenarios requieren la provisión de asistentes administrativos.
- Asegúrate de prestar mucha atención y cumplir con el protocolo del centro. Para todas las solicitudes, se aplican los mismos procedimientos administrativos:
 - En cualquier centro de salud, puede solicitar un formulario de una solicitud estándar.
 - Debes mostrar identificación en forma de copia del documento nacional de identidad (DNI).

5 Discusión-Conclusión

Para brindarles una mejor atención administrativa y de salud, el auxiliar administrativo no debe ver las quejas y reclamos de los usuarios como un problema en su contra, sino como una forma de ver las cuestiones que plantean los usuarios y ver cómo solucionarlas.

Se resalta la importancia de manejar las quejas con profesionalismo, amabilidad y respeto. Intentaremos realizar una entrevista para dimensionar adecuadamente su tema y organizar el contenido. Si es posible, también sugeriremos un principio de resolución en el mismo texto.

Es fundamental disponer de un protocolo de actuación del propio hospital completo donde se contemple la evaluación de todo el proceso.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/poner-una-reclamacion-aunhospita>.

Capítulo 614

LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL

LORENA SORIANO ALARCON

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

ADRIANA INMACULADA MARTIN PALOMINO GON-
ZALEZ

1 Introducción

Los auxiliares administrativos que laboran en las Instituciones de Salud del Seguro Social son parte vital del equipo administrativo y deben estar familiarizados tanto con la ley como con la Carta de Derechos y Deberes que promueve esos derechos.

Para poder respetar los derechos legalmente reconocidos, los empleados deben recibir este tipo de formación y se exige secreto profesional a todos los profesionales que manejen tratamientos de datos o que estén bajo su autoridad.

Los auxiliares administrativos que desarrollan sus funciones en el área de salud mental colaboran con el personal de psiquiatría, psicología clínica, trabajadores sociales, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores de los hospitales, centros de día y unidades, donde desarrollen sus funciones.

Las siguientes leyes deben citarse por el campo en el que trabajan, "Salud Mental".

- Ley General de los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Inclusión Social.

- Ley de voluntariado 445/2015, de 14 de octubre.
 - La Ley del Tercer Sector de Acción Social 43/2015, de 9 de octubre.
 - Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
 - Manual de recursos legales, de derechos humanos y de salud mental de la OMS.
- Los auxiliares administrativos en el campo de la salud mental se encargan principalmente de tareas como la gestión de citas, el manejo de emergencias, la programación de llamadas y reuniones en persona, el mantenimiento de agendas y bases de datos y la gestión de consultas.

2 Objetivos

- Mostrar el papel que desempeña el auxiliar administrativo en el campo de la salud mental.

3 Metodología

Como parte de la investigación para el desarrollo del presente trabajo se ha realizado una revisión de la literatura científica ya publicada.

Además de seleccionar artículos de Pubmed, Medline y Scielo, se realizó una búsqueda exhaustiva de libros, artículos en el campo de la ciencia que contienen material pertinente al tema.

4 Resultados

Los planes de salud mental se centran en la atención integral, la calidad asistencial, la coordinación, promoción y prevención, los derechos humanos y la participación genuina y productiva de los enfermos, con estructuras organizacionales, desarrollo de programas y recursos desarrollados con un enfoque en la salud mental.

Debido a la falta de profesionales de la salud que desempeñen sus funciones en el campo de la salud mental, los auxiliares administrativos que prestan sus servicios se encuentran bajo mucha presión para brindar una atención de alta calidad.

Tanto en España como en el resto de Europa, existe una importante demanda poblacional de esta atención terapéutica que la demanda y depende de ella.

Cabe señalar el hecho de que muchos profesionales diferentes están involucrados en este trabajo en equipo.

Los auxiliares administrativos en el campo de la salud mental sirven como punto de contacto para pacientes, médicos y personal del hospital en el área; deben tener un perfil que les permita asistir y cuidar a las personas que acuden a los servicios de salud, tanto en atención primaria como en entornos de atención especializada (hospitales, unidades de media estancia, unidades de salud mental, etc.).

Las siguientes son solo algunas de las tareas que realizan los auxiliares administrativos en el campo de la salud mental.

- Gestión de base de datos, consultas y programación de urgencias.
- Reserva de citas.
- Creación de informes.
- Atención telefónica y presencial.
- Tramitación de formularios de pruebas, interconsultas y otras consultas.
- Gestión de Historia Clínica y archivo de documentación.
- Control de asistencia de pacientes.

Dado que pueden encontrarse con circunstancias desafiantes, también juegan un papel crucial en la comunicación y la atención del usuario. Por esta razón, es importante que reciban capacitación en esta área y se adhieran a ciertas reglas para que puedan lidiar con circunstancias difíciles. Para lograrlo, se recomienda:

- La capacidad de pedir y ofrecer ayuda.
- Compasión por los usuarios y pacientes.
- Poseer la capacidad para abordar problemas.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos tienen prohibido acceder indebidamente a los registros médicos porque están obligados a defender el derecho fundamental a la privacidad del paciente.

Es fundamental colaborar para eliminar el individualismo porque el Área de Salud Mental cuenta con una diversa gama de profesionales. Mejorar la atención al paciente debe ser una prioridad.

Los auxiliares administrativos en el ámbito de la salud mental son un eslabón más de la cadena de expertos que trabajan para apoyar la integración social de las personas con enfermedades mentales y desarrollar sus funciones sin utilizar la violencia, ni prejuicios existentes, tratándolos con la misma decencia y equidad que a los demás usuarios.

6 Bibliografía

1. Plan de Salud Mental de Castilla La-Mancha 2018-2025.
2. https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20180425/salud_mental_2018-2025.pdf.

Capítulo 615

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL USO DE LOS SISTEMAS INFORMÁTICOS EN LOS HOSPITALES

LORENA SORIANO ALARCON

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

ADRIANA INMACULADA MARTIN PALOMINO GON-
ZALEZ

1 Introducción

La herramienta de internet está siendo la más utilizada principalmente por los auxiliares administrativos en la industria de la salud para desarrollar sus funciones.

La introducción de Internet en España se puede fechar en 1990. Como resultado, los hospitales y los centros de salud sufrieron los cambios significativos, lo que tuvo un impacto positivo, especialmente en el desempeño de sus funciones principales para nuestra categoría particular. Todo debe estar informatizado para que lo podamos administrar y manejar de la manera más efectiva los datos intrahospitalarios, por lo que esto es crucial.

Los costes asociados a la provisión de todos los equipos y servicios necesarios para garantizar su correcto funcionamiento fueron una de las molestias que trajo la era de Internet. Como era posible, esto mejoró la atención y el manejo del

paciente, complementar su conocimiento y hacerlo mucho más accesible a los profesionales cuando lo necesiten. La dificultad de implementar estos nuevos sistemas fue el alto costo de todo el hardware, incluyendo computadoras y sistemas de cómputo, así como el adecuado mantenimiento y actualizaciones que estos sistemas necesitan.

Dado que simplifica mucho nuestro trabajo y nos permite comunicar toda la información necesaria con los demás, es mucho más rápido y eficaz entre los profesionales, garantizando una asistencia mucho más rápida, individualizada y eficaz entre los auxiliares administrativos.

2 Objetivos

- Dar a conocer el papel del auxiliar administrativo y el uso de los sistemas informáticos en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Se utilizaron las bases de datos más importantes, como PubMed, Scielo, Medline y Google Scholar, para realizar una revisión bibliográfica consistente para el desarrollo de este proyecto de investigación.

Los descriptores de criptografía han incluido informática, Internet y centros sanitarios.

4 Resultados

Los sistemas de información en salud son actualmente definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una conformación que se dedica a la recolección, análisis, procesamiento y transmisión de toda la información.

El auxiliar administrativo debe ser capaz de coordinar y asegurar el mejor funcionamiento posible de todos los servicios hospitalarios, así como cubrir las áreas de docencia e investigación. Podemos definir la informática clínica como aquella que tiene la capacidad de evaluar los sistemas de comunicación tanto de los usuarios como del sistema de la salud, de los datos de los demás profesionales que integran el sistema, incluyendo información médica y de pacientes.

También podemos destacar las secciones informáticas, de enfermería, médicas y administrativas de estos sistemas. En el primero, nos permite ver y seguir la evolución de nuestros pacientes, así como visualizar los tratamientos que el

médico les ha recomendado. Los datos médicos pueden incluir cualquier dato utilizado con fines médicos, así como el mantenimiento y la recuperación de datos. Para garantizar una atención médica de alta calidad, se utiliza la informática administrativa para gestionar la información entre los profesionales y agilizar trámites, pruebas diagnósticas y citas de pacientes.

La tarjeta sanitaria, que es de uso individual y nos permite identificar a cada usuario además de asistir, es uno de los medios por los que se puede identificar a los pacientes. En el caso de que necesitemos atención médica, tenemos acceso a hospitales en todo el territorio español y europeo. Es fundamental que la información de dicha tarjeta se mantenga actualizada, y con toda nuestra información personal, también incluirá nuestro número de seguro social, el cual estará directamente vinculado a nuestro historial médico, lo que agilizará y mejorará a la eficiencia del trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se constata que para los auxiliares administrativos, la era de Internet supuso una revolución en todos los aspectos de nuestras vidas. En el ámbito de la salud ha traído muchos beneficios que han ayudado a brindar una atención de calidad, lo que repercute directamente en los pacientes, agilizando todos los trámites que deben realizar, así como las pruebas o exámenes diagnósticos, todo lo cual queda debidamente registrado en su historia clínica que estará disponible para uso de los especialistas involucrados con ese paciente. Los costes asociados a la provisión de todos los equipos y servicios necesarios para garantizar su correcto funcionamiento fueron una de las molestias que trajo la era de Internet.

6 Bibliografía

1. <https://medline.com/informatica-asistencia-sanitaria>.
2. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articuloavancesinformatizacion-sistemas-salud-13081059>.

Capítulo 616

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA

JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ

JUAN PRUAÑO

NOELIA ESCALONILLA

RAFAEL DE LA TORRE BUENO

MIGUEL ANGEL DE GRACIA MARTIN

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...

Este servicio tiene una puerta que se encuentra totalmente cerrada, excepto para el personal autorizado, es decir está 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, esta 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 inserta 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 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 desaturará 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

El principal objetivo que queremos conseguir, es dar a conocer las diferentes labores que un celador del servicio de hemodinámica realiza diariamente y poder mostrarlo, para aquellos celadores que vayan a empezar en este servicio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en los principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

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, esta sala la forman, alguna cama de hospitalización vacía, algunos sillones y algún hueco vacío, las camas de hospitalización vacías, son en caso de que el paciente ambulatorio, por el resultado de la prueba se quede hospitalizado, entonces se le da una cama vacía, los sillones son para los pacientes ambulatorio, que no se prevé que se queden hospitalizados, entonces para que la espera se haga más amena se quedan esperando en estos sillones y 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.

Entonces llegamos a la conclusión, que 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 rasurada 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 técnica 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 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 capítulo se ha realizado para dejar claro que las funciones principales de los celadores de este servicio complejo, es el de transportar 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. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 617

LAS FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL SERVICIO DEL LABORATORIO

JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ

JUAN PRUAÑO

NOELIA ESCALONILLA

RAFAEL DE LA TORRE BUENO

MIGUEL ANGEL DE GRACIA MARTIN

1 Introducción

El primer laboratorio clínico nos hace volver al año 1790, contaban con un espacio muy reducido, pero a la vez tenían lo necesario para comenzar con los primeros experimentos con las orinas de los pacientes.

El creador de los tubos de ensayos que contienen los laboratorios clínicos fueron creados por Robert Wilhelm Busen.

El médico Antoine Francois Four fue la primera persona que intenta poner los laboratorios clínicos en los centros hospitalarios.

El celador está incluido en el reparto de los servicios sanitarios y cuyas labores se encuentran escritas en el estatuto preconstitucional del año 1971 y por lo cual es fundamental renovar y adaptar su régimen hasta el día de hoy.

La actualización se ejecuta por vía de la ley 55/2003 de 16 de diciembre, el estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, formando las normas esenciales del ya nombrado personal.

Todo queda descrito y de acuerdo con la constitución española, en su artículo 149.1.18. Aprobada la ley 55/2003, de 16 de diciembre, que queda pactado al personal estatutario, las labores del celador y del jefe del personal subalterno siguen siendo las que reflejan la orden preconstitucional del 5 de julio de 1971, en su artículo 14, como así lo manda la disposición temporal sexta de la ley 55/2003.

2 Objetivos

- Describir las tareas a llevar a cabo por un celador en el área de laboratorio.

3 Metodología

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

Así mismo, se ha obtenido información de los distintos centros médicos de: Hospital Universitario de Toledo, Hospital Universitario General de Ciudad Real.

Las palabras que se han utilizado han sido las siguientes: celador, laboratorio, extracciones.

4 Resultados

Las tareas de los celadores vienen descritas por la zona de trabajo, dependiendo de los servicios se realizan unas labores u otras.

A continuación se explican las distintas labores que los celadores de laboratorio deben ejecutar diariamente:

- Los celadores empezarán su jornada laboral a las 8 de la mañana, con "el busca" del servicio recogido del despacho de su superior, y su trabajo comenzará recogiendo las muestras de los dos servicios más importantes de quirófano y de endoscopias.
- Llevarán las muestras recogidas al servicio de anatomía patológicas.
- Conducirán a los enfermos de las consultas de hematología al servicio de hospital de día, casi siempre estos tipos de enfermos llevan una serie de tratamientos marcados para tomar en casa.

Estos tratamientos se suelen coger en la farmacia del hospital, a las medicinas de cada uno de los enfermos se les integrará una pegatina que registre el nombre, apellidos y número de historial clínico del enfermo al que le corresponde, lo transportarán al hospital de día y una vez allí las enfermeras o los técnicos auxiliares de enfermería (TCAE) se asegurará de conservar los medicamentos en la nevera hasta que el paciente se los pida para llevárselos a su casa.

- Transportarán del almacén general del hospital los pedidos que hayan pedido en su servicio y proporcionarán el material por las diferentes áreas del laboratorio. Las llamadas que traten sobre las biopsias intreoperatorias del quirófano tiene más ventaja sobre otras cosas.

- Bajarán a la farmacia del hospital, cuando sea imprescindible o cuando las enfermeras lo precisen y guardar la medicación que les hayan pedido, esa medicación será dará en la mano de la enfermera.

- Transportarán los pedidos de farmacia al área de banco de sangre.

- Llevarán los informes de daños que sean necesario al servicio de mantenimiento, para que se solucionen los desperfectos lo antes posible.

- Efectuarán las copias necesarias del pedido mandado a suministros, ya que una copia se tiene que entregar a la supervisora y la otra copia se la queda el personal de suministros.

- Separarán las distintas muestras de dermatología y neumología, cuando les llamen al "busca" de los celadores.

- Reunirán los diferentes informes de las biopsias a las distintas secretarías de anatomía patológica y además las organizarán dependiendo de las secretarías de los servicios hospitalarios.

Si por algún casual localizásemos algún informe de otro servicio que no fuese el servicio de laboratorio, este se mandará a través del tubo hasta el servicio que pertenezca ese informe.

- Los celadores deberán coger el material que se haya utilizado para transportarlo al servicio de esterilización.

Reunirán el material, empezando siempre por el servicio de urgencias y siguiendo por las distintas plantas de hospitalización, a excepción de los servicios de partos y de psiquiatría.

El material que no se le haya realizado la esterilización permanecerá en el servicio de esterilización, hasta nuevo aviso.

- Reunirán las muestras sacadas a lo largo de la mañana del servicio de quirófano para suminístralo al área de anatomía patológica y ya se preocuparán de reunir todo el material del servicio de endoscopias.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores han pasado a formar una de las partes más fundamentales en el manejo de los distintos servicios hospitalarios, es por eso que ellos deben encontrarse muy bien formados para cumplir las labores que le sean encomendadas en cada uno de los servicios distintos que se encuentran en los centros hospitalarios, de esta manera lograrán cumplir con gran expectativa el trabajo que sus superiores les hayan encomendado en esos momentos.

Las labores de los celadores pueden ser diferentes en cuanto a su contenido o forma de trabajar, pero siempre serán indispensables en cada una de ellas, ya que sus funciones son las más necesitadas para que los centros hospitalarios funcionen la perfección y para que el equipo de personal sanitario se encuentre bien estructurado, hablando laboralmente.

6 Bibliografía

1. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. (s/f). Gob.es. Recuperado el 30 de agosto de 2023, de: <https://ingesa.sanidad.gob.es/>
2. Libros e eBooks, descuentos y envíos gratis. (s/f). casadellibro. Recuperado el 25 de agosto de 2023, de: <https://www.casadellibro.com/>
3. Oposiciones.es. (2021, julio 20). Oposiciones.es. <https://oposiciones.es/>

Capítulo 618

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA

JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ

JUAN PRUAÑO

NOELIA ESCALONILLA

RAFAEL DE LA TORRE BUENO

MIGUEL ANGEL DE GRACIA MARTIN

1 Introducción

En los centros hospitalarios que contengan más de 100 camas, existe un servicio de farmacia, según la ley 29/2006, de 26 de julio, afianza unas cantidades y un uso justo de los medicamentos y algún que otro producto más, sanitario.

Las farmacias hospitalarias deben de estar orientadas y siempre bajo la plena facultad de un farmacéutico que sea especialista en las distintas farmacias de los centros hospitalarios.

Las farmacias hospitalarias fijarán un régimen reglamentario para ante una precisión de farmacéuticos adicionales, esto se mide según el volumen, la actividad y el tipo de hospital que sea.

Las farmacias hospitalarias serán las encargadas de repartir los diferentes tipos de medicamentos que las plantas de hospitalización y los distintos servicios más complejos precisen.

Estas farmacias hospitalarias también pueden brindar una serie de medicamentos a los pacientes que no se encuentren ingresados, estos pueden necesitar un medicamento específico, y no lo pueden obtener en las farmacias de guardia o las farmacias de pie de calle, entonces son estas farmacias hospitalarias las que brindan estos tipos de medicamentos, estos medicamentos deben ir siempre acompañados de la receta médica del especialista, ya que sin esa receta el farmacéutico de la farmacia hospitalaria no le va a ceder el medicamento necesario.

2 Objetivos

Exponer y enseñar las distintas características y las distintas tareas que la farmacia realiza a diario.

Enseñar y escribir las labores de los celadores de las distintas farmacias hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

Además de haber podido contrastar la información con los siguientes centros hospitalarios: Hospital del valle de Toledo, hospital de paraplégicos de Toledo.

Las palabras claves son: farmacia, celador, tareas.

4 Resultados

En las farmacias hospitalarias existe una pirámide jerárquica, en el primer escalafón del todo afirmamos que es encuentra el director médico y los demás escalafones son los diferentes personales facultativos y además los no facultativos. El personal facultativo está organizado por el jefe del servicio, el jefe de la sección, los distintos farmacéuticos adjuntos y los residentes.

Si el centro hospitalario es pequeño, el jefe de servicio no estaría, pasaría a ser al jefe de sección, con lo cual sería este el que realizaría las labores del jefe de servicio.

También tenemos a los distintos personales no facultativos, este escalafón se subdivide en dos partes.

La parte del escalafón personal sanitario, que está compuesto por la supervisora, las enfermeras, y por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

La parte del personal no sanitario, que está formado por los celadores y por los auxiliares administrativos.

Hay hospitales que tiene unas magnitudes más altas, estos hospitales contienen y presentan los servicios de farmacología clínica.

Como bien hemos nombrado antes, la zona de la farmacia hospitalaria es la que manda los medicamentos a los distintos servicios hospitalarios, siempre se manda la medicación que estos necesitan o que piden.

Dependiendo de la cantidad del material pedido o recibido, hay dos tipos de farmacias:

La farmacia pesada: es farmacia que el volumen y el tamaño puede llegar a superar unos niveles de peso determinado.

La farmacia ligera: es la farmacia que reparte los medicamentos diarios necesarios para los enfermos que se encuentran ingresados en las distintas plantas hospitalarias.

El tipo de medicamentos que necesitan los enfermos ingresados se denomina unidosis, es decir, el reparto de los medicamentos farmaceuticos individuales para cada uno de los pacientes.

Además, la distribución de estos medicamentos, se ha de trasladar en los carros de medicación unidosis.

Las funciones del celador de la farmacia hospitalaria, suelen depender de las normas que sigan en cada uno de los diferentes hospitales, nosotros vamos a nombrar las que son más o menos generales y parecidas.

Aceptarán el material que llegue.

Transportarán el material que sea muy pesado.

Trasladarán el material dentro de las instalaciones farmaceuticas.

Organizarán los sueros y el alcohol, repartiendo y depositando la carga en los distintos servicios hospitalarios.

Trasladarán desde el área de la farmacia hasta las distintas zonas hospitalarias los carros con las diferentes medicaciones pedidas.

Trasladarán los productos desde otros servicios hospitalarios hasta los servicios de farmacia.

Colocarán el alcohol en su sitio.

Cuidarán la farmacia.

Ayudarán en todo lo posible con los inventarios.

5 Discusión-Conclusión

La zona de la farmacia hospitalaria, es primordial, ya que es la encargada de abastecer al resto de servicios en cuanto a material sanitario y medicación se le relaciona.

Para ellos, los servicios de farmacias hospitalarias ejecutarán las funciones para lograr conseguir una muy buena gestión, mejorar el uso y tener un control exhausto de los medicamentos, es decir, lograr un uso razonable de los medicamentos.

El celador en esta unidad efectuará unas series de labores que colaborarán a que la unidad crezca con normalidad, ya que son los encargados de trasladar a los diferentes servicios del hospital la medicación y el material sanitario que estos necesiten y precisen.

6 Bibliografía

1. Online, C., & Perfil, V. T. mi. (s/f). CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS. Blogspot.com. Recuperado el 9 de junio de 2023, de <http://celadoresonline.blogspot.com/>.
2. Portada - Cuidados 2.0. (s/f). Gva.es. Recuperado el 25 de agosto de 2023, de <https://cuidados20.san.gva.es/>.
3. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. (s/f). Gob.es. Recuperado el 30 de agosto de 2023, de <https://ingesa.sanidad.gob.es/>.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 619

EL CELADOR Y SU LABOR EN EL QUIRÓFANO

FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ

MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO

RUBÉN SANTACRUZ GALLEGO

MARÍA DEL MILAGRO GALLEGO CASTILLA

LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS

1 Introducción

El celador desempeña un papel importante en todo el entorno hospitalario. El quirófano es el área del centro sanitario donde se realizan las intervenciones quirúrgicas, intervenciones de gran complejidad si las comparamos con otras tareas clínicas, y donde hay que mantener unas condiciones especiales de limpieza y circulación para que la contaminación microbiana no comprometa la seguridad del entorno, del paciente y los profesionales. Podríamos pensar que la figura del celador en esta área es banal y sin importancia, sin embargo, el celador es otra figura más que compone el equipo asistencial. Es cierto que el trabajo que se realiza en este servicio es diferente al que se puede desempeñar en otros servicios del hospital. Generalmente, el celador en el quirófano se encarga de garantizar el funcionamiento eficiente y seguro del área quirúrgica, aunque sus responsabilidades específicas pueden variar en función del hospital. Tampoco podemos olvidar que el celador acompaña a los pacientes en un momento muy delicado

de su salud, donde suelen estar muy nerviosos e intranquilos, y donde sus habilidades de comunicación son claves para transmitir calma en estos momentos. Por este motivo, consideramos importante hablar de las características de esta unidad y comentaremos las funciones que generalmente suele tener el celador en este servicio.

2 Objetivos

- Conocer la estructura y organización del bloque quirúrgico
- Detallar las funciones del celador en el área quirúrgica
- Conocer la colocación del paciente en la mesa quirúrgica
- Conocer los riesgos relacionados con el área 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

Siguiendo el guion de los objetivos planteados en este trabajo, se comenzará explicando cómo se estructura un área de quirófano. El bloque quirúrgico suele estar bien comunicado con el resto de áreas clínicas, especialmente cerca de las zonas de cuidados intensivos, urgencias, y reanimación; pero también debe ubicarse en una zona tranquila y de poco tránsito. Suele dividirse en varias áreas con diferentes tipos de restricciones en cuanto a la circulación de personal, usuarios y material, atendiendo a unas normas de asepsia y circulación que garanticen la escasa o nula contaminación de los espacios. En líneas generales se podrían diferenciar:

1. Zona Estéril o Campo Quirúrgico: En esta zona el personal viste ropa estéril, y debe ser muy escrupuloso y riguroso en sus procedimientos para mantener las condiciones de esterilidad. Esta zona incluye la mesa de operaciones, que es donde se realiza la cirugía, y el resto del material y aparatos necesarios para la intervención.

2. Zona Limpia: Rodeando el campo quirúrgico encontramos la llamada zona limpia. Esta área es donde se encuentran las mesas de preparación de instrumentos y suministros, así como el equipo de anestesia. No precisa esterilidad, pero se mantiene lo más limpia posible y solo el personal vestido con ropa estéril puede ingresar al campo quirúrgico.

3. Zona Semilimpia: Es una “zona de transición”, donde encontramos la zona de se ubica la zona de lavado de manos y antisepsia, y los vestuarios para el personal. En esta zona se siguen tomando precauciones para minimizar la transmisión de patógenos.

4. Zona Sucia: constituye la zona menos estéril del quirófano y es donde se manejan y se desinfectan los materiales utilizados, instrumentos no esterilizados y otros elementos contaminados después de la cirugía.

En cuanto al segundo objetivo, podemos decir que con carácter general las principales funciones y tareas del celador en el quirófano son:

- Traslado de los pacientes desde la unidad donde se encuentren hasta el quirófano, y de ahí hasta reanimación y viceversa, cuidando en todo momento de que a cada paciente le acompañe toda la documentación clínica, si esta está en papel, así como sus objetos personales si es que los lleva.
- Ayudar en aquellas tareas propias, junto a otros compañeros de la misma categoría, así como en las tareas de colaboración con otros miembros del equipo, como pueden ser auxiliares, enfermería, etc.
- Colaborar en la colocación y posterior retirada de los pacientes de la mesa de operaciones con ayuda del personal sanitario.
- Prestarán ayuda para la sujeción o movilización de los pacientes que lo requieran durante la intervención.
- Trasladarán a donde proceda los aparatos quirúrgicos o mobiliario, así como los documentos que les sean confiados por otros miembros del equipo.
- Tendrán en cuenta las normas internas del Servicio de Quirófano que corresponda a la Unidad, especialmente aquellas referidas a la asepsia o higiene.

Atendiendo al tercer objetivo, y dado que acabamos de comentar que una de las principales funciones del celador en el quirófano es colocar al paciente en la mesa de operaciones, el celador debe conocer las principales posiciones en función de su intervención, aunque siempre habrá que tener en cuenta sus características y necesidades individuales:

1. Posición Supina: El paciente está boca arriba, con los brazos a lo largo del cuerpo o en soportes laterales. Se utiliza en cirugías abdominales, cardíacas, de mama y muchas otras.

2. Posición Prone (Decúbito Prono): El paciente está boca abajo, con la cabeza en una posición que permite la ventilación adecuada. Se utiliza en cirugías de columna vertebral y glúteos.
3. Posición Lateral: El paciente se coloca de lado, con una de las caderas y hombros apoyados en la mesa de operaciones. Se utiliza en cirugías de cadera, riñones y columna vertebral.
4. Posición de Trendelenburg: El paciente está en posición supina, pero con la cabeza inclinada hacia abajo y los pies en alto. Se utiliza en cirugías abdominales y pélvicas para mejorar la exposición de los órganos.
5. Posición de Litotomía: El paciente está en posición supina con las piernas elevadas y flexionadas en soportes llamados "estribos". Se utiliza en cirugías ginecológicas, urológicas y de recto.
6. Posición Sentada: El paciente está sentado en un ángulo adecuado para la cirugía de cabeza y cuello, neurocirugía y oftalmología.
7. Posición de Fowler: El paciente está semi incorporado con la cabeza y el tronco elevados. Se utiliza en cirugías de tórax y pulmones.
8. Posición de Jackknife: El paciente está en posición prona, pero con la parte media de su cuerpo doblada hacia arriba. Se utiliza en cirugías anorrectales y de columna lumbar.

Cada posición tiene como objetivo proporcionar el mejor acceso al área quirúrgica y minimizar la presión sobre el cuerpo del paciente durante la intervención.

Por último, en relación con el cuarto objetivo, conocer los riesgos derivados del bloque quirúrgico, debemos tener en cuenta que el quirófano es un lugar de trabajo que presenta unas características especiales, y con ello múltiples riesgos para los trabajadores. Estos riesgos pueden ser: generales (incendio), físicos (radiación ionizante), químicos (agentes anestésicos, desinfectantes), biológicos (virus y bacterias) y ergonómicos (por manipulación de cargas y posturas).

Algunas de las recomendaciones más importantes para poder disminuir estos riesgos y evitar posibles lesiones son:

- Conocer el plan de actuación ante caso de incendio del centro sanitario, y cómo actuar desde la zona específica en la que nos encontremos.
- En el caso de que se usen Rx durante la intervención, todo el personal expuesto deberá protegerse con un delantal plomado.
- Precauciones universales para evitar la transmisión de gérmenes como: retirarse joyas, lavados de manos, cubrir heridas, correcta vacunación y uso de equipos de protección individual adecuados a cada circunstancia (guantes, mascarillas, calzas, ...).

- Especial atención cuando se manipulan cargas pesadas como camas, camillas y otros equipos.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de este documento hemos podido comprobar que el bloque quirúrgico es una zona muy particular de los centros hospitalarios, donde el celador tiene un papel fundamental, en continua colaboración y comunicación con el paciente, así como con el resto del equipo. Algunas de estas funciones pueden parecer muy básicas; sin embargo, todas y cada una de ellas son imprescindibles para dar una correcta atención a los usuarios, garantizar la eficiencia y seguridad del proceso quirúrgico y el confort del paciente. Además, conocer todos estos aspectos en profundidad nos ayudará a desarrollar un trabajo más seguro y minimizando riesgos y posibles lesiones.

6 Bibliografía

1. Las funciones de los Celadores vienen recogidas en el artículo 14, punto 2, del Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Dicho estatuto se plasmó en una Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971 (publicado en el B.O.E. del 22 de Julio de 1971).
2. R. Arias Ramírez, M. A. Jiménez Romero e I. M. Arias Jiménez. Actuación del celador en quirófano: procedimientos. Madrid: Rey Ali; 2011.

Capítulo 620

EL CELADOR Y SU LABOR EN PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN

MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO

FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ

MARÍA DEL MILAGRO GALLEGRO CASTILLA

RUBÉN SANTACRUZ GALLEGRO

LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS

1 Introducción

En cualquier centro sanitario podemos encontrar gran cantidad de profesionales tanto sanitarios como no sanitarios, desarrollando tareas de vital importancia, entre los que nos encontramos a los celadores. En muchas ocasiones, son los primeros que tienen contacto directo con pacientes y familiares al llegar al centro hospitalario.

La labor de los celadores es de vital importancia, y muy necesarias para el buen funcionamiento del hospital, y en numerosas ocasiones constituyen un elemento primordial de la imagen que se llevan pacientes y familiares del centro al que acuden. Es por todo ello, que es muy importante conocer las principales funciones que tiene esta figura en el entorno hospitalario, y concretamente en una planta de hospitalización.

En las plantas de hospitalización, nos encontramos con un equipo multidisciplinar, que presta cuidados y atención continuada los siete días de la semana,

durante las 24 horas del día, a los pacientes que se encuentran hospitalizados. Estos pacientes pueden llegar al hospital desde diferentes servicios, como pueden ser urgencias, de forma programada para una intervención quirúrgica, derivados de consultas externas programadas, trasladados procedentes de otros hospitales o desde atención primaria, pero siempre llegarán acompañados de un celador. En definitiva, el papel del celador en planta es fundamental, y por ello se propuso la realización de este capítulo.

2 Objetivos

- Detallar las funciones del celador en la planta de hospitalización
- Conocer los diferentes cuidados en relación con el paciente encamado
- Exponer los riesgos relacionados asociados a su labor en esta área

3 Metodología

La metodología llevada a cabo para la realización de este escrito, se ha realizado mediante un proceso de búsqueda activa en diferentes fuentes de datos, como Google Académico, con el fin de encontrar documentos, textos, artículos y/o guías de aplicabilidad a la práctica clínica. Para esta búsqueda se han utilizado las palabras claves “celador” y “planta de hospitalización”. Tras realizar una lectura crítica de todos los documentos encontrados, se han seleccionados aquellos de mayor relevancia para el desarrollo de la profesión de celador, para a continuación exponerlos de manera concisa y detallada.

4 Resultados

Antes de comenzar, aclarar que la figura del celador, no es el sustituto del personal de enfermería, sino que es un apoyo para todo el equipo. Es por todo ello que entre sus funciones generales distinguimos las siguientes:

- Procederán a llevar los aparatos, mobiliario, documentación, correspondencia u objetos que les sean confiados al lugar que sea precisa.
- Se encargará de trasladar al paciente a la habitación que le corresponda, ayudando al técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el cambio de ropa, aseo, y en definitiva, en todas aquellas acciones que el paciente requiera.
- Realizarán, de manera excepcional aquellas labores de limpieza que le sean encomendadas.

- Prestarán atención a que los enfermos no hagan uso indebido del material, así como de los enseres y ropas.
- En algunos centros, la figura del celador, se encargará de vigilar el acceso, así como la estancia de familiares y visitantes en las habitaciones de los pacientes, según las normas establecidas por el centro.
- Serán los encargados de trasladar a los pacientes para la realización de Pruebas Complementarias o Consultas. Se quedarán con ellos sin abandonarles hasta que la persona responsable de las pruebas o consultas se haga cargo de ellos.
- Son los responsables de ayudar al personal de enfermería al movimiento, aseo y traslado de los pacientes encamados.
- En caso de fallecimiento, será el celador, el encargado de trasladar el cadáver al mortuario.
- En caso de conflicto requerirán la presencia del personal de Seguridad.

En cuanto a las funciones relacionadas con el paciente encamado, destacamos:

- Ayudar al personal de enfermería en la movilización y sujeción del paciente durante la realización de curas para facilitar su tarea.
- Asistencia con el personal auxiliar de enfermería en el aseo, así como en la colocación y retirada de cuñas.
- Colaboración con el personal de enfermería en la realización de cambios posturales. Esta actividad nunca deberá ser realizada de manera autónoma por el celador, ya que una correcta posición del paciente, puede traer consigo lesiones y/o heridas. Para llevar a cabo esta tarea, el celador, debe tener en cuenta los siguientes aspectos: Lavarse las manos, cerciorarse de que la movilización y el traslado no están contraindicados para el paciente; explicar lo que se va hacer, alentándole a participar y colaborar en la medida de sus posibilidades; proteger cualquier sistema de tubos (sondas, drenajes, vías intravenosas, etc.); movilizar de manera suave y continúa evitando sacudidas.

Entre los diferentes riesgos que pueden estar presentes durante el desarrollo del trabajo del celador en la planta de hospitalización, nos encontramos:

- **RITMO Y HORARIO DE TRABAJO:** el turno rotatorio puede suponer un desequilibrio en numerosos aspectos vitales para la persona como son la alimentación o el sueño, que pueden ocasionar estrés, y alteración en los ritmos biológicos. Se aconsejan turnos de rotación rápida. Cuando la carga de trabajo sea elevada, se deben realizar pausas.
- **MANIPULACIÓN DE CARGAS:** pueden aparecer sobreesfuerzos continuados al movilizar a un paciente, material, o mobiliario. Se debe tener en cuenta la movilización en grúa de aquellos pacientes que no cooperen o sean muy depen-

dientes, así como utilizar carritos o transpaletas para el transporte de otras cargas pesadas.

- **EXPOSICIÓN A AGENTES BIOLÓGICOS:** ante el contacto con sangre, fluidos y otras secreciones se recomienda utilizar los equipos de protección individual adecuados como guantes, batas, calzas, mascarillas, etc. En caso de exposición a partículas respiratorias como pueden ser los aerosoles contaminados (como por ejemplo en caso de nebulizaciones) se deberá evitar la entrada a aquellas habitaciones en las que la nebulización esté activa, y en caso de ser necesario, protegerse con mascarilla FFP3. Para ambos casos es imprescindible tener una correcta vacunación (Tétanos, Gripe y VHB). Es importante recalcar que el uniforme de trabajo debe ser lavado por el servicio de lavandería del hospital y no se debe llevar a casa.
- **AGRESIONES:** durante la realización de su trabajo, los celadores pueden sufrir agresiones verbales y/o físicas por los familiares e incluso por los propios pacientes. Se recomienda que ante situaciones de riesgo, se solicite la presencia de un compañero. Todas las agresiones se comunicarán según la normativa vigente del centro hospitalario. Se aconseja recibir formación en habilidades de comunicación.
- **CARGA MENTAL POR LA TAREA REALIZADA:** como se ha mencionado anteriormente, los celadores participan en el amortajamiento de los pacientes, lo que puede dar lugar a un aumento en la carga mental. Se recomienda recibir formación para manejar esta situación de la mejor manera posible.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en planta es fundamental, tiene numerosas funciones tanto propias como de colaboración con el resto del equipo, por lo que es de vital importancia hacer hincapié, en mantener y fomentar la seguridad y privacidad del paciente. Además, la normativa regulatoria del trabajo de celador resalta la necesidad de abstenerse de comentar con familiares y visitantes los diagnósticos, exploraciones, o tratamientos que se le estén realizando a los pacientes, debiendo siempre orientar estas preguntas hacia el médico encargado de la asistencia del enfermo. La discreción es fundamental a la hora de desarrollar las labores de celador dentro del sistema sanitario. De lo que sí que puede informar el celador es sobre las áreas principales de las que dispone el centro, así como la ubicación de servicios y consultas, sus horarios de visita y de consultas médicas.

6 Bibliografía

- Las funciones de los Celadores vienen recogidas en el artículo 14, punto 2, del Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Dicho estatuto se plasmó en una Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971 (publicado en el B.O.E. del 22 de Julio de 1971).
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1
- <https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-2.html>
- Bienvenida al Hospital: manual para los nuevos celadores. Hospital Universitario de Sant Joan d'Alacant(<https://sanjuan.san.gva.es/wp-content/uploads/2018/06/Manual-cogida-celadores.pdf>)
- Plan de prevención de Riesgos Laborales 2018. Hospital universitario Puerta del Mar. Servicio Andaluz de Salud (<https://hospitalpuertadelmar.com/wp-content/uploads/2019/02/PLAN-PRL-2018.pdf>)

Capítulo 621

EL CELADOR Y LAS TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN E INMOVILIZACIÓN CON Y SIN MATERIAL

MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO

FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ

MARÍA DEL MILAGRO GALLEGO CASTILLA

RUBÉN SANTACRUZ GALLEGO

LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS

1 Introducción

El celador tiene un papel fundamental en las técnicas de movilización e inmovilización de pacientes, ya sea con material, o sin él, en aquellas situaciones que requieran del traslado de un paciente a un entorno médico, como puede ser el hospital.

Antes de comenzar con este documento, es necesario definir ambos términos: “técnicas de movilización”, y “técnicas de inmovilización”, ya que son dos enfoques opuestos en el manejo de pacientes, utilizados en situaciones específicas según las necesidades médicas y de seguridad.

De un lado, nos encontramos con las TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN: se definen como aquellas actuaciones encaminadas a ayudar a los pacientes a moverse de un lugar a otro de un modo seguro, cómodo y confortable. Se suelen aplicar cuando

es necesario cambiar la posición de la persona, ayudar en la transferencia de un lugar a otro (cama-sillón) o facilitar la movilidad del paciente. Algunos ejemplos de técnicas de movilización incluyen: la transferencia en cama, uso de ayudas técnicas como andadores, o cambios posturales con el fin de prevenir la aparición de úlceras por presión. Resulta imprescindible resaltar que, para realizar cualquier técnica de movilización, el celador debe seguir las pautas, así como los protocolos aprobados para ello en función del centro en el que se encuentren, ya que una movilización inadecuada puede causar lesiones tanto al paciente como al celador. Es fundamental, comunicarse durante el proceso, respetando la autonomía de la persona, y proporcionando nuestro apoyo en caso de ser necesario, ya que la seguridad y el bienestar del paciente deben ser nuestra máxima prioridad. Por otro lado, con TÉCNICAS DE INMOVILIZACIÓN, hacemos referencia a aquellas acciones que se utilizan para limitar un movimiento determinado. Suelen llevarse a cabo en situaciones en las que es necesario restringir ciertos movimientos para garantizar la seguridad de la persona, o para realizar determinados procedimientos médicos. Algunos ejemplos que podríamos englobar dentro de estas técnicas son férulas, inmovilizaciones durante ciertos procedimientos médicos que requieren de que la persona permanezca quieta, o sujeción mecánica con cinturones de contención que limiten el movimiento. Es de vital importancia recordar que el uso de las técnicas de inmovilización debe estar siempre respaldado por la prescripción médica. El celador las llevará a cabo, siguiendo estrictamente las órdenes y pautas indicadas por el profesional médico, garantizando en todo momento la seguridad y el bienestar del paciente.

2 Objetivos

- Conocer las técnicas de movilización con o sin material
- Exponer las técnicas de inmovilización con o sin material

3 Metodología

Este trabajo ha sido elaborado utilizando el buscador de Google Académico, así como otras bases de datos como Pubmed, con el fin de encontrar información verás, fiable, y actualizada, con la que poder elaborar un documento de ayuda para la práctica clínica del celador. Para su elaboración, se ha procedido a leer, y resaltar la información más relevante de los documentos, y guías que han sido encontrados. Las palabras claves empleadas para ello han sido: “celador”, “técnicas

de movilización con material”, “técnicas de movilización sin material”, “técnicas de inmovilización con material”, y “técnicas de inmovilización sin material”.

4 Resultados

Los celadores pueden utilizar una variedad de técnicas de movilización con o sin material y ayudas técnicas, para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes. A continuación se detallan algunos ejemplos de estas técnicas, especificando las que requieren de material y las que no.

TECNICAS DE MOVILIZACIÓN CON MATERIAL (AYUDAS TÉCNICAS)

- **GRÚAS:** las grúas empleadas para ayudar a la transferencia de las personas que tienen grandes dificultades para levantarse o para moverse por sí mismos. Son especialmente útiles en caso de movilidad muy reducida o limitada.
- **SILLAS DE RUEDAS:** el celador puede llevar a la persona en silla de ruedas para moverlo dentro y fuera del centro, garantizando su seguridad durante la movilización.
- **ANDADORES, BASTONES Y MULETAS:** se trata de dispositivos de ayuda, para que la persona camine con seguridad y estabilidad. El celador puede asistir a la persona en su uso para facilitar la deambulación y movilización.

TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN SIN MATERIAL

- **TRANSFERENCIAS EN CAMA:** la labor del celador es ayudar al paciente a moverse de una posición a otra en la cama, girándolos o sentándolos al borde de la cama antes de que se levante.
- **OFRECER AYUDA PARA SENTARSE O PARARSE:** brindar apoyo a la persona mientras se sienta o se levanta de una silla o cama, asegurándose de ser un punto de apoyo estable.
- **AYUDA PARA CAMINAR:** como profesionales, debemos mostrar nuestro apoyo a la persona mientras camina, proporcionando un punto de apoyo o utilizando una silla de ruedas para traslados cortos.

En cuanto a las técnicas de inmovilización, deben ser evaluadas y prescritas por el profesional médico. Estas técnicas deben utilizarse de manera segura y ética, respetando en todo momento la dignidad de la persona.

TÉCNICAS DE INMOVILIZACIÓN CON MATERIAL

- **SUJECCIÓN MECÁNICA:** las sujeciones limitan el movimiento del paciente durante algún procedimiento médico. El celador, en caso de ayudar a ponerla, debe asegurarse de no causar daño ni incomodidad al paciente.

- **COLCHONES DE RESTRICCIÓN:** se emplea en casos excepcionales, para inmovilizar a personas con riesgo de autolesionarse. Suelen tener correas para asegurar a la persona

TÉCNICAS DE INMOVILIZACIÓN SIN MATERIAL

- En caso de agitación o comportamiento agresivo, el celador puede aplicar técnicas de manejo de crisis para contener a la persona y evitar que se lastime a sí mismo o a otros. Esto puede incluir guiar al paciente hacia una posición segura y proporcionar contacto físico controlado.
- **REDIRECCIÓN VERBAL:** A veces, una comunicación clara y calmante puede ayudar a redirigir al paciente y evitar la necesidad de medidas físicas de inmovilización.

5 Discusión-Conclusión

Cómo se ha podido comprobar durante el desarrollo del presente documento, el celador cumple numerosas y múltiples funciones muy importante a la hora de realizar las técnicas de movilización e inmovilización a los pacientes, tanto con material, como sin material. Para ello, debe tener los conocimientos actualizados y necesarios, para emplear el material adecuado en caso necesario, y realizarlo con una técnica adecuada para garantizar la seguridad tanto del paciente como de él mismo. Hay que destacar, que durante la aplicación de estas técnicas, es importante la comunicación con el paciente y con el resto de profesionales que intervengan en la misma.

6 Bibliografía

- Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 5 de julio de 1971
- Formación Alcalá ¿Qué hacer en caso de..? ISBN: 978-84-1323-961-3

Capítulo 622

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA HISTORIA CLÍNICA: FUNCIONES Y USO CORRECTO

MARIA COTILLAS GUERRERO

CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

1 Introducción

En el ámbito sanitario existen y son utilizados los denominados registros médicos, también conocidos comúnmente como historias clínicas. Son unos documentos que contienen el registro a largo plazo, completo y organizado del estado de salud y la información médica de un paciente. Esta información obtenida es recopilada por los centros de atención médica y con el fin de diagnosticar una enfermedad, prescribir un tratamiento adecuado y monitorear el estado de salud de un individuo para preservar o devolver su estado de salud.

La historia clínica es una herramienta fundamental y primordial en la práctica médica. Por lo tanto, los auxiliares administrativos tienen acceso a datos personales del paciente, incluyendo nombre, fecha de nacimiento, sexo, dirección, fechas relacionadas con patologías previas, enfermedades sufridas en el pasado, cirugías, alergias, medicamentos actuales y anteriores, etc.

La historia clínica también es un documento que requiere un tratamiento confidencial, y que debe ser utilizado por los profesionales médicos con el objetivo de lograr una atención continua y coordinada. La exactitud e integridad de la información de los registros médicos es fundamental para garantizar una atención médica segura y adecuada. Para conseguir dicho fin en las últimas décadas, muchos países han establecido leyes y regulaciones estrictas destinadas a proteger la privacidad y confidencialidad de la información contenida en dichos historiales. En el caso de España, cabe destacar que se cuenta con la Ley 41/2002, promulgada el 14 de noviembre, la cual refleja la regulación básica sobre la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

2 Objetivos

- Mostrar las medidas correctas y de buen uso deontológico respecto a la información recogida en la historia clínica por parte del auxiliar administrativo.
- Conocer las diferentes funciones que llega a desempeñar la figura del auxiliar administrativo en relación al uso de la historia clínica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos desempeñan un papel clave en la gestión de la información y la coordinación de tareas relacionadas con la atención al paciente. Los auxiliares administrativos pueden participar con registros médicos en las siguientes situaciones:

Registros y archivos: Los auxiliares administrativos suelen ser responsables de mantener registros precisos de las historias clínicas de los pacientes. Esto incluye garantizar que todas las notas, pruebas de diagnóstico, informes médicos

y otros documentos relacionados con la atención al paciente estén organizados y disponibles para el personal médico cuando sea necesario.

Programación de citas: Los auxiliares administrativos suelen ser responsables de programar las citas de los pacientes con médicos y otros profesionales de la salud. Para hacer esto, necesitamos acceso a la información de su expediente médico para poder planificar en función de sus necesidades y condiciones médicas.

Protección de la privacidad y la confidencialidad: Las historias clínicas de los pacientes contienen información confidencial. Los auxiliares administrativos deben seguir estrictas políticas de privacidad y seguridad para garantizar que esta información no se comparta de manera inapropiada y cumplir con las regulaciones vigentes que rigen la protección de la información de salud.

Comunicación interna y externa: Los auxiliares administrativos suelen actuar como intermediarios entre los pacientes y el personal médico. También pueden ser responsables de comunicar información relevante de la historia clínica al personal médico, así como a otros miembros del equipo. También sirve como punto de contacto o enlace para responder preguntas acerca de las dudas que pueden tener los pacientes sobre las historias clínicas.

En resumen, los auxiliares administrativos desempeñan un papel clave en la gestión de la información y la coordinación de tareas relacionadas con la atención al paciente, y sus tareas incluyen la revisión de las historias clínicas de los pacientes para brindar un aseguramiento eficiente y eficaz de la atención.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito médico la relación entre los auxiliares administrativos y las historias clínicas es muy importante. Los auxiliares administrativos son responsables de mantener los registros médicos de manera precisa, ubicada y actualizada, para que ayuden a desempeñar un papel clave en la gestión de la información y la coordinación de acciones médicas relacionadas con la información obtenida. Esto incluye la entrada y recogida de datos, la organización de documentos y gestión de registros de manera electrónica. Un manejo adecuado de estas labores es fundamental, ya que la historia clínica es una fuente de información muy importante y valiosa para los profesionales sanitarios.

Los auxiliares administrativos atienden las citas de los pacientes con médicos y otros profesionales de la salud. Para hacer esto de manera efectiva, necesitan acceso a las historias clínicas para garantizar que las citas se programen en función de las necesidades médicas y el protocolo de tratamiento del paciente. Además, contienen información confidencial sobre la salud del paciente. Esto significa que

los auxiliares administrativos deben trabajar muy diligentemente para proteger esta información y garantizar que se cumplan las normas de seguridad y privacidad médica.

Los auxiliares administrativos actúan como enlaces entre los pacientes y el personal profesional sanitario del centro de salud u hospital. También pueden ser responsables de comunicar información relevante de los registros médicos a los médicos y otros miembros del equipo médico.

Finalmente, los auxiliares administrativos a menudo participan en la revisión de las historias clínicas para garantizar la precisión de los documentos y el cumplimiento normativo. El trabajo de los auxiliares administrativos está estrechamente relacionado con la historia clínica y tiene un impacto significativo en la coordinación de la atención al paciente, la confidencialidad de la información y la eficiencia de toda la atención médica. La colaboración eficaz entre los profesionales médicos y los auxiliares administrativos es esencial para brindar atención de calidad a los pacientes.

6 Bibliografía

1. BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. (s. f.). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>.
2. Esteve-Matalí, L., Vargas, I., Cots, F., Ramon, I., Sánchez, E., Escosa, A., Vázquez, M.-L., Esteve-Matalí, L., Vargas, I., Cots, F., Ramon, I., Sánchez, E., Escosa, A., & Vázquez, M.-L. (2022). ¿La integración de la gestión de servicios sanitarios mejora la coordinación clínica? Experiencia en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 36(4), 324-332. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.06.004>.
3. Álvarez, M. T. (2004). Documentación clínica y archivo. Ediciones Díaz de Santos.
4. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (s. f.).
5. Protección de datos sanitarios [2022] | Grupo Adaptalia. (s. f.). Grupo adaptalia empresa de protección de datos. <https://grupoadaptalia.es/servicio/proteccion-datos-sanitarios/>.
6. sicepa. (2021, junio 18). La función del auxiliar administrativo en el servicio de admisión y documentación clínica. III Congreso Virtual SICEPA - USIPA «2023: Sanidad, un trabajo en equipo». <https://congresosicepa.com/funcion-administrativo-admision-documentacion-clinica/>.

7. Hernández, J. M. (2006). Historia clínica. Cuadernos de bioética, 17(1), 57-68.

Capítulo 623

EL CELADOR DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA EVACUANTE A UN PACIENTE HOSPITALIZADO. LATERALIZACIÓN DEL PACIENTE HACIA EL DECÚBITO LATERAL IZQUIERDO

VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ

NURIA GARCÍA GARRIDO

VICENTE GARCIA MARTÍNEZ

VICENTE GARCÍA GARRIDO

CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA

1 Introducción

Un enema consiste en una disolución líquida con la cual se facilita la evacuación de un paciente que lleva varios días sin defecar.

La administración de un enema consiste en la introducción de ese líquido a través del ano con la ayuda de un aplicador o de una sonda rectal.

Para la realización de dicha actuación será necesaria la participación del celador que será el encargado de la movilización y colocación del paciente, del técnico

en cuidados auxiliares de enfermería que será el encargado de preparar todo el material necesario para la administración del enema y del equipo de enfermería que será el encargado de administrar el enema cuando sea necesario la utilización de una sonda rectal, en el caso de no utilizarse una sonda recta será el técnico en cuidados auxiliares de enfermería el encargado de realizar dicho procedimiento. En el ámbito sanitario es muy frecuente la utilización de enemas evacuantes, puesto que la mayoría de los pacientes se encuentran encamados largas temporadas y al no existir movilización por parte del paciente, no se produce la movilización intestinal necesaria por lo que dificulta la evacuación de heces. Sin embargo, en los centros hospitalarios también son utilizados los enemas de limpieza previos a la realización de intervenciones quirúrgicas o de exploraciones del colon, para que se encuentre limpio.

2 Objetivos

- Detallar el procedimiento utilizado por el celador durante la colocación de un paciente para que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, o en su caso el equipo de enfermería administre el enema con mayor eficacia.
- Enumerar las situaciones en las que se requiere la administración de un enema a un paciente hospitalizado o que va a ser intervenido.

3 Metodología

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

4 Resultados

Procedimiento llevado a cabo por el celador durante la administración de un enema evacuante.

Una vez reunido todo el equipo profesional que va a intervenir en dicha actuación, se procederá a preparar el material necesario antes de posicionar al paciente para la administración de dicho enema. Una vez se ha preparado todo el material necesario, cada profesional se colocará en el lado correspondiente de la cama desde

el cual va a desarrollar su actuación.

- El celador se posicionará en el lado izquierdo de la cama, y posicionará al paciente hacia el lado en el que se encuentra, es decir hacia su lado izquierdo.
- Para posicionar al paciente en decúbito lateral izquierdo, el celador levantará la pierna derecha y colocará su mano izquierda sobre la rodilla derecha del paciente, mientras que su mano derecha la colocará sobre el hombro del paciente, que previamente habrá posicionado su mano sobre el pecho. A la señal del equipo de enfermería girará al paciente hacia el mismo y lo mantendrá en esa posición durante la administración del enema. En ocasiones, para que la introducción del líquido del enema sea efectivo se levantará la pierna derecha del paciente facilitando la introducción de la sonda rectal o del aplicador del propio enema. Situaciones en las que se requiere la administración de un enema a un paciente y en las que debe participar el celador.

En la mayoría de las ocasiones los enemas son administrados para la evacuación de heces de los pacientes que llevan varios días sin defecar, sin embargo, hay ocasiones en las que se requiere la administración de un enema ya sea para evacuar o para limpiar la zona que va a ser intervenida o explorada. A continuación, se detallan las situaciones en las que son administrados los enemas de limpieza a pacientes hospitalizados.

- Antes de realizar una colonoscopia el paciente debe realizar una preparación del colon, sin embargo, aquellos pacientes que se encuentran encamados suelen ser pacientes dependientes, por lo que será el equipo de enfermería y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería los encargados de llevar a cabo dicha preparación.
- Aquellos pacientes que son intervenidos de urgencia y no han podido realizar la preparación para aquellas intervenciones de colon. Al igual que ocurre con los pacientes que se les va a realizar una colonoscopia, es el equipo de enfermería el encargado de administrar el enema de limpieza antes de la intervención.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador durante la administración de un enema evacuante a un paciente hospitalizado. Lateralización del paciente hacia el decúbito lateral izquierdo” nos demuestra las funciones ejecutadas por el celador durante la administración de un enema a un paciente encamado.

En la mayoría de las ocasiones los enemas evacuantes son administrados a aquellos pacientes que pasan largas temporadas encamados, por lo que por norma

general estos pacientes serán pacientes dependientes, por lo que se requerirá la actuación del celador para movilizar al paciente, de ahí la importancia de que los celadores adjuntos a las plantas de hospitalización conozcan la técnica de lateralizar a un paciente hacia el lado izquierdo para que el enema sea más fácil de administrar.

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013
- Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- GARRIDO, J.M. El celador en el quirófano. España. Formación continuada Logoss. 2013
- 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
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 624

FUNCIONES DEL CELADOR EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

RUBÉN RUIZ ESTEBAN

MARÍA DEL CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO

FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GARCÍA

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MORALES

FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ

1 Introducción

En todas las áreas de hospitalización existe un equipo de trabajo conformado por el personal de enfermería, técnicos en cuidados de enfermería y celadores, todos ellos están bajo la vigilancia de un supervisor designado por la dirección de enfermería.

Este grupo de profesionales seguirá las pautas proporcionadas por los médicos y proporcionará atención continua a los pacientes, las 24 horas del día, mientras estos se recuperan y hasta que estén en condiciones de ser dados de alta hospitalaria.

En todas las áreas de hospitalización, el celador desempeña un papel fundamental y proporciona asistencia en la movilización y transporte de pacientes, así como en el traslado de mobiliario y equipos médicos, como camas, sillas de ruedas y camillas

También se encargará de llevar volantes, partes de interconsulta, etc. a otros servicios, ir a farmacia, almacén a por algún pedido urgente, y estará siempre disponible en la planta para prestar ayuda al personal sanitario cuando así lo requiera.

Los pacientes pueden ingresar en una planta de hospitalización de diversas formas, ya sea a través de urgencias hospitalarias, programados para cirugía o pruebas diagnósticas, derivados desde consultas externas del hospital o remitidos desde atención primaria. Los pacientes también pueden venir trasladados desde otros hospitales.

2 Objetivos

- Explicar la organización y funciones que se realizan en una planta de hospitalización.
- Exponer las funciones principales que desarrolla el celador en una planta de hospitalización.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación mediante una revisión bibliográfica de literatura científica ya existente. Se han consultado y seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Además, hemos realizado búsquedas en Google utilizando palabras clave como: planta de hospitalización, funciones del celador.

4 Resultados

Como hemos visto antes, las áreas de hospitalización se configuran como un conjunto de profesionales bajo el mando de un supervisor. Cada integrante del equipo desempeña un rol específico, y todas las funciones que realizan se complementan para alcanzar un objetivo compartido: garantizar el máximo cuidado y confort del paciente durante su estancia en el hospital.

Las principales funciones del celador serán:

- El celador es el encargado de trasladar al enfermo a la planta, e instalarlo en la habitación que le ha sido asignada. Avisará a la técnica en cuidados auxiliares para que le ayuden a cambiarlo de la camilla o silla de ruedas a la cama y acomodarlo en la habitación

- El celador prestará ayuda al personal de enfermería a la hora de realizar la movilización de pacientes cuando éstos le pidan ayuda.
- Realizará el traslado de pacientes a otros servicios, a consultas, a donde se les indique para realizar pruebas diagnósticas ...
- Colaborará con las técnico en cuidados auxiliares de enfermería, cuando lo necesiten poniendo y quitando cuñas, cuando estén aseando a un paciente encamado, etc.
- El celador tiene la responsabilidad de llevar a cabo el traslado de aparatos y otros materiales.
- El celador estará atento para asegurar el uso adecuado de los materiales y utensilios del hospital, evitando que pacientes y acompañantes los utilicen de manera inapropiada.
- Supervisará el acceso y la salida de familiares en el hospital.
- Solicitará amablemente a los visitantes que no tengan una razón válida para permanecer en el hospital que abandonen las instalaciones.
- Llevará informes médicos a los servicios que corresponda por ejemplo partes de interconsulta, peticiones de radiodiagnóstico, etc procurando hacerlo con rapidez.
- Cuando se realiza un traslado del paciente, el celador se encargará de colocar la botella de oxígeno en el cabecero de éste, colocando el manómetro en la posición adecuada y abriendo la botella.
- Colaborará con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el proceso de amortajar los cuerpos de los fallecidos para su traslado al mortuario, manteniendo la discreción necesaria y asegurándose de que la identificación del cadáver sea precisa.
- Mantendrá una estricta confidencialidad y no discutirá ningún aspecto relacionado con la enfermedad, tratamientos o diagnósticos de los pacientes con sus familiares.
- Estará siempre disponible para asistir en las tareas asignadas.

También serán funciones del Celador todas aquellas que les indiquen sus superiores, además, deberán estar siempre localizados en la unidad a la que pertenezcan.

Si surge algún conflicto con un visitante, avisarán al personal de seguridad del hospital.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores suelen ser los profesionales que, en la mayoría de las ocasiones, establecen el primer y más significativo contacto con los pacientes y sus familiares. Por consiguiente, desempeñan un papel crucial en la formación de la imagen que se llevan del hospital.

Es por ello que se requiere que los celadores posean sólidas habilidades comunicativas, dado que estarán en constante interacción con pacientes, familiares y otros miembros del personal médico del centro hospitalario.

Entre sus habilidades estará ser amable, agradable y prudente, deberá ser capaz de trabajar en equipo y seguir instrucciones.

Como conclusión, decir que el celador es una parte imprescindible en el equipo de trabajo de la planta de hospitalización, forma parte del personal encargado de prestar cuidados y procurar el bienestar de los pacientes y colaborará en el buen funcionamiento de la planta del hospital a la que esté asignado.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Funciones del celador en una planta de hospitalización [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-celador-en-una-planta-de-hospitalizacion>.
2. Ocronos R. Funciones del celador en la planta de hospitalización [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-celador-planta-hospitalizacion>.

Capítulo 625

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO

RUBÉN RUIZ ESTEBAN

MARÍA DEL CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO

FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GARCÍA

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MORALES

FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ

1 Introducción

El quirófano es la sala donde se llevan a cabo las operaciones quirúrgicas. Los hospitales suelen tener varios quirófanos que están diseñados según el tipo de cirugía que se realice en ellos.

El bloque quirúrgico se definiría como el espacio en el que están todos los quirófanos, con el equipamiento y características necesarias para realizar las intervenciones quirúrgicas previstas.

El Bloque Quirúrgico comprende todos los espacios donde se desarrolla el procedimiento quirúrgico: quirófano y unidad de reanimación.

El Bloque Quirúrgico debe estar cerca de la unidad de vigilancia intensiva (UVI/UCI) y tener fácil acceso desde el servicio de urgencias y unidades de especialidades quirúrgicas. También debe estar bien comunicado con el servicio de anatomía patológica, radiodiagnóstico y laboratorios.

El paciente y el personal que trabaja en quirófano son las principales causas de infección intraoperatoria, por eso el personal en una zona quirúrgica debe ir uniformado adecuadamente, con las medidas de higiene establecidas y cambiarse el uniforme cada vez que lo abandone.

El celador debe tener conocimiento de los aparatos y útiles necesarios para realizar las operaciones. Un celador experimentado puede evitar que se retrase el inicio de una operación o su reanudación, si es capaz de encontrar rápidamente el aparato requerido, y esto es muy importante.

2 Objetivos

- Explicar la estructura y funciones del servicio de quirófano.
- Exponer las funciones principales que desarrollada el celador en el quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una investigación mediante una revisión bibliográfica de literatura científica existente. Se han consultado buscadores como Scielo, Pubmed y Medline y se han seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas ya revisadas.

Palabras clave como: quirófano y funciones del celador en el servicio de quirófano.

4 Resultados

El equipo que atiende al paciente durante una intervención quirúrgica puede dividirse en dos categorías: personal estéril y personal no estéril.

El celador de quirófano pertenece al equipo no estéril, es decir, no entra en contacto con el campo quirúrgico, pero puede permanecer dentro del quirófano. Su función básica es ofrecer asistencia al equipo estéril en aquello que necesiten.

En cuanto a las instalaciones, el quirófano se divide en 3 grandes zonas:

- Zona negra: no tiene limitación de acceso. Se puede pasar con ropa de calle o uniforme. Es la zona de recepción de los pacientes (zona sucia).
- Zona gris: Semilimitada. Es obligatorio el uso de zuecos quirúrgicos, gorro y uniforme aséptico. Son los pasillos, almacene... (zona limpia).
- Zona blanca: Es limitada. Es obligatorio ponerse mascarilla además de todo lo dicho antes. Son los quirófanos, sala de lavado de manos prequirúrgicas (zona

estéril).

Entre las funciones asignadas al celador están:

- Traslado del paciente desde su habitación al quirófano llevándolos por orden. Antes comprobará la identidad del paciente y que esta se corresponde con la historia clínica.
- Movilización del paciente. Colocación del paciente en la mesa de operaciones, ayuda para cambiar la posición durante la operación. Tras la cirugía, movilizar correctamente al paciente (bajarlo de la mesa quirúrgica, colocarlo en cama o camilla).
- Después de la intervención llevará al paciente a la sala de reanimación, UCI, etc.
- Si el paciente fallece lo llevará al mortuario, en los casos de amputación de algún miembro, también lo llevará al mortuario.
- Transporte de documentos y material (ecógrafo, rayos X), así como llevar biopsias al laboratorio.
- Vigilancia de acceso a quirófanos y cuidado del material.
- Ayuda en el quirófano cuando les sea indicado por enfermeras, médicos, etc., para movilizar pacientes, ajustar iluminación, elevar cama quirúrgica...
- Mantener ordenados almacenes, camillas, soportes, etc.
- Debe respetar todas las normas poniendo interés en la higiene o asepsia.

5 Discusión-Conclusión

El quirófano es un servicio primordial e importante dentro del hospital. El celador forma parte de un equipo multidisciplinario (cirujano, anestesistas, equipo de enfermería, técnico de cuidados de enfermería y técnico de radiodiagnóstico) donde todos deben estar coordinados.

Una de sus funciones es el traslado del paciente al quirófano, mientras se realiza, el paciente necesita comodidad y apoyo. El celador debe transmitir seguridad al paciente durante su traslado, por lo tanto es muy importante tener buenas habilidades de comunicación.

Como conclusión, decir que la labor del celador de quirófano es de gran importancia para la correcta realización de las intervenciones quirúrgicas. Por este motivo su trabajo requiere de una formación adecuada para desarrollar bien sus funciones.

6 Bibliografía

1. Online C, Perfil VT mi. CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS [Internet]. Blogspot.com. Disponible en: <http://celadoresonline.blogspot.com>.
2. Ocronos R. Actuación del celador en el quirófano [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021. Disponible en: <https://revistamedica.com/actuacion-celador-quiroyfano>.
3. Funciones del celador en quirófano y urgencias - ESSAE [Internet]. ESSAE Formación. Gema Zamorano; 2018. Disponible en: <https://essaeformacion.com/funciones-del-celador-en-el-quiroyfano>
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 626

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

RUBÉN RUIZ ESTEBAN

MARÍA DEL CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO

FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GARCÍA

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MORALES

FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ

1 Introducción

El servicio de Urgencias en un hospital se describe como una entidad compuesta por profesionales de la salud que brindan atención interdisciplinar. Debe estar ubicado en una zona específica del hospital que cumpla con ciertos estándares para asegurar condiciones seguras, de alta calidad y eficiencia en la atención de situaciones de urgencia o emergencia. Por lo general, cuenta con una entrada independiente claramente identificada, facilitando el acceso de pacientes que requieren atención inmediata.

Es fundamental distinguir entre una urgencia y una emergencia cuando un paciente llega al servicio. Una urgencia se caracteriza por la aparición súbita de un problema de salud que plantea riesgos para el paciente y requiere intervención médica en un plazo de 24 a 48 horas, mientras que una emergencia implica una situación crítica que demanda atención inmediata, ya que la vida del paciente corre peligro.

El trabajo en equipo es de suma importancia en el servicio de urgencias para garantizar una respuesta rápida y efectiva. Las funciones del celador desempeñan un papel crucial en este contexto, ya que este rol exige habilidades de comunicación, responsabilidad y proactividad. Una de las tareas más esenciales es la capacidad de comunicarse adecuadamente con todas las personas y ser extremadamente cuidadoso en la elección de las palabras.

2 Objetivos

- Explicar la finalidad y funciones del servicio de urgencias hospitalarias.
- Detallar las funciones principales del celador en el servicio de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El papel del celador es de gran importancia en el servicio de urgencias, ya que trabaja en estrecha colaboración con los demás profesionales que desempeñan sus funciones en este servicio. Estas funciones serían:

1. Recibir a los pacientes en la entrada y guiarlos hacia la zona de admisión donde tomarán sus datos y después al área de triaje donde evaluarán su estado y lo dirigirán hacia el box que corresponda.
2. Asistir en el traslado de los pacientes, ya sea en silla de ruedas, camilla o caminando.
3. Revisar que haya suficiente número de sillas de ruedas, camillas y camas en la entrada de urgencias.
4. En casos graves, alertar al personal médico y de enfermería para que atienda a la persona lo antes posible.
5. Proporcionar información general no médica a los pacientes y sus acompañantes.

6. Supervisar la entrada de urgencias para prevenir el acceso de personas no autorizadas y garantizar el cumplimiento de las normas de acceso.
 7. Asistir a enfermeras y TCAE (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería) en la movilización y el traslado de pacientes encamados, así como en la realización de tareas como hacer la cama o colocar cuñas.
 8. Colaborar con el personal sanitario cuando sea necesario.
 9. Realizar el transporte de documentos y objetos al lugar correspondiente.
 10. Llevar las muestras de sangre al laboratorio.
 11. Preservar la privacidad del paciente mientras espera atención o la recibe en una sala de urgencias.
 12. Trasladar a los pacientes a otras áreas, como quirófanos, radiología, unidad de cuidados intensivos (UCI) o las habitaciones de ingreso.
 13. Ayudar en la movilización de los pacientes durante la realización de pruebas o procedimientos que lo requieran.
- Además, es crucial que los celadores estén siempre disponibles en el servicio de urgencias, ya que representan el primer punto de contacto con los pacientes al llegar al servicio, brindando apoyo y asistencia fundamental.

5 Discusión-Conclusión

El área de atención de urgencias en el hospital es de vital importancia, ya que se dedica a proporcionar atención médica a los pacientes que necesitan cuidados inmediatos. Aquí encontramos a diversos profesionales de la salud, incluyendo médicos y enfermeras, quienes trabajan de manera coordinada para brindar la mejor atención posible.

Las responsabilidades del personal celador en el servicio de urgencias son amplias y cruciales en la cadena de atención médica. Uno de sus roles más destacados es mantener el control y el orden en la entrada de los pacientes, asegurando un flujo eficiente. Además, la empatía hacia los pacientes es una característica fundamental en su desempeño. Los celadores, como mencionamos previamente, son los primeros profesionales con los que entran en contacto las personas que acuden al servicio, por lo que su actitud y disposición son de suma importancia en este contexto.

6 Bibliografía

1. Gob.es. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>.

2. Online C, Perfil VT mi. CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS [Internet]. Blogspot.com. Disponible en: <http://www.celadoresonline.blogspot.com>.
3. Ocronos R. Funciones del celador en el Servicio de Urgencias [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-celador-servicio-de-urgencias>.
4. Ocronos R. ▷ Portada - Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020. Disponible en: <https://revistamedica.com>.

Capítulo 627

EL CALEFACTOR Y LA CENTRAL TÉRMICA DE UN HOSPITAL

ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

1 Introducción

La central térmica aumentará la confiabilidad del suministro de energía térmica del centro, mejorando la comodidad tanto de los pacientes como del personal. Debido a las menores emisiones atmosféricas de CO₂ del gas natural que del gasóleo, las nuevas calderas utilizarán un combustible más eficaz y menos nocivo. De ello resultará una mejor eficiencia energética y una mayor protección del medio ambiente. ”.

El impacto de los factores ambientales favorables, como la temperatura, la ventilación, la humedad relativa, la luz natural y artificial, los colores, las vistas, la comodidad y el trato humano, en la curación del paciente en general. ha sido probado por varios equipos médicos. ., pero más concretamente ciertas condiciones específicas de temperatura, humedad relativa y ventilación son cruciales en el tratamiento de algunas patologías.

Los hospitales con plantas terminales cuentan con generadores de vapor, enfriadores y calderas de alto rendimiento que redundarán en importantes ahorros energéticos, económicos y ambientales.

El calefactor ya tendrá los conocimientos necesarios en caso de no realizar mantenimiento y reparaciones a estas máquinas en el hospital.

2 Objetivos

Dar a conocer qué es una central termina de un hospital y qué papel tiene el calefactor como personal de mantenimiento en estas instalaciones

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 términos generales, los objetivos que se le deben pedir a una instalación de aire acondicionado en un hospital son los siguientes:.

1. niveles generales de comodidad.
2. reducción de polvo, olores, microorganismos, etc.
3. trabajar juntos para tratar patologías específicas.
4. Asegure una amplia ventilación.
5. Controle la dirección del flujo de aire.
6. Mantener una temperatura y humedad relativa constantes.
7. protección de los miembros del personal hospitalario.

Los riesgos físicos, ergonómicos, químicos, biológicos y psicosociales son los más pertinentes para los trabajadores de plantas termoeléctricas.

Para sensibilizar al público sobre la obligación relacionada con el uso responsable de la energía, las instituciones de salud deben predicar con el ejemplo mediante la implementación de prácticas y procedimientos sostenibles con efectos ambientales negativos mínimos. El uso de biomasa, una fuente de energía renovable

local, demuestra un compromiso con el medio ambiente y fomenta el crecimiento de los sectores ambiental, social y económico.

Una planta termoeléctrica es una estructura donde el vapor producido por el agua hirviendo en una caldera se utiliza para generar la energía mecánica requerida para hacer girar el rotor del generador y generar energía eléctrica.

Carbón, diésel, nuclear, geotérmica, solar térmica, combustión de biomasa y un pequeño número de centrales eléctricas de gas natural constituyen la mayoría de las centrales termoeléctricas.

Las calderas que calientan el agua y aportan calor están formadas por depósitos de agua, torres de refrigeración o calderas.

La renovación de los equipos de producción y distribución de aire acondicionado en diversas áreas asistenciales, como quirófanos, plantas de hospitalización materno-pediátrica, rehabilitación y áreas del hospital de día, harán del hospital una instalación mucho más eficiente energéticamente desde el punto de vista sanitario .

5 Discusión-Conclusión

Los trabajadores de plantas termoeléctricas, como los calentadores de hospitales, están sujetos a una serie de riesgos que plantean la posibilidad de desarrollar trastornos musculoesqueléticos, respiratorios, pérdida de audición, etc. Los riesgos físicos, ergonómicos, químicos, biológicos y psicosociales son los más pertinentes para los trabajadores de plantas termoeléctricas.

Parece clara la importancia y trascendencia de las instalaciones de climatización hospitalaria. Incluso si el edificio carece de los espacios necesarios (particularmente la altura de piso a piso), será extremadamente difícil renovarlo adecuadamente. Una instalación mal diseñada o mal ejecutada es esencialmente irreversible, y el hospital sufrirá hasta que se complete la renovación completa del edificio.

6 Bibliografía

1. www.google.es
2. www.scielo.org

Capítulo 628

PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA. LOS ALIMENTOS Y LA OXIDACIÓN DE LOS LÍPIDOS

MERCEDES LOPEZ TEBAR

SALVADOR PALAZON VALCARCEL

NIEVES HENARES ROSA

CRISTINA SANCHEZ LOPEZ

1 Introducción

Uno de los principales factores en el deterioro de los alimentos y el desarrollo de sabores y olores desagradables es la oxidación de los lípidos. La descomposición de los lípidos en los alimentos provoca este proceso, lo que provoca la rancidez. Con el fin de preservar la calidad del producto y la vida útil, la industria alimentaria presta especial atención a la prevención de la aparición de este fenómeno. Este proceso puede cambiar el valor nutricional de un producto al reducir principalmente el aporte de macronutrientes, además de sus características organolépticas.

Algunos compuestos derivados de las grasas que se transforman en otros productos mediante la lipólisis pueden incluso ser tóxicos para las personas, provocando graves problemas de salud. Sin embargo, como ocurre con cualquier proceso, la degradación de los lípidos puede tener efectos tanto positivos como negativos según el alimento en el que se produce y, por lo tanto, los seres humanos que

lo consumen. Es cierto que en algunos quesos e incluso en algunas frituras, una ligera cantidad de oxidación brinda al consumidor sensaciones organolépticas agradables que realzan el atractivo del alimento y evitar la desgana que se produce al paciente cuando está ingresado en el hospital y así lograr su mejoría.

2 Objetivos

Conocer, como personal no sanitario al desempeñar sus funciones en un centro hospitalario como pinche de cocina, las alteraciones que pueden sufrir los alimentos ante una oxidación lipídica.

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 autooxidación es, con mucho, el tipo más común de oxidación que se produce en los alimentos. Al atacar los ácidos grasos de los alimentos, el oxígeno provoca una reacción en cadena de radicales libres que da como resultado la formación de peróxidos e hidroperóxidos. A diferencia de las grasas saturadas, los ácidos grasos insaturados son más susceptibles a la degradación en estas reacciones de autooxidación. La tasa de oxidación de una cadena lipídica aumenta con el número de insaturaciones. El término "olor rancio" o "sabor rancio" se refiere a los olores y sabores desagradables que se producen como resultado de las oxidaciones. La pérdida de ácidos grasos esenciales, la pérdida de vitaminas liposolubles y la formación de productos altamente tóxicos son efectos de los procesos de oxidación sobre las propiedades nutricionales de los alimentos. En cualquier caso, la comida tendría que estar muy avanzada en el proceso de descomposición para que se formaran estos productos, por lo que antes surgirían malos olores advirtiendo a las personas que no comieran. Si bien el oxígeno es el catalizador principal de las reacciones que conducen a la descomposición de las grasas, otras sustancias como el calor, la luz e incluso algunos metales como

el hierro, el cobre o el manganeso también pueden actuar como catalizadores o iniciadores. Tres fases componen el mecanismo de autooxidación: - Reacciones de iniciación o inducción: la acción de los iniciadores, que suelen ser energéticos (luz, calor, etc.). Los radicales libres se producen como consecuencia de su acción, que se ve favorecida por las trazas metálicas y activo sobre las especies altamente reactivas conocidas como ácidos grasos. - Reacciones que se propagan: el oxígeno oxida los radicales libres producidos en la fase anterior para formar radicales peróxido, que luego atacan a los ácidos grasos adicionales para producir hidroperóxido y radicales adicionales, extendiéndose e iniciando nuevas reacciones. Este proceso oxida por completo los lípidos al mismo tiempo que provoca cambios en las vitaminas y proteínas, lo que reduce el valor nutricional de los alimentos. Además, se producen productos secundarios, que son los encargados de las restantes modificaciones de los alimentos, como la aparición de sabores y olores desagradables o incluso su toxicidad. Cuando hay demasiadas sustancias reactivas presentes, eventualmente comienzan a interactuar entre sí y dejan de reaccionar, produciendo productos más estables. Por lo tanto, se detiene la actividad de oxidación.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido sobre los cambios que pueden ocurrir en la alimentación como personal no sanitario realizando nuestras funciones como ayudantes de cocina en un hospital. Somos conscientes de que la principal causa de la rancidez de los alimentos, la oxidación de los lípidos, es la descomposición de los lípidos que están presentes en los alimentos. También se sabe que existen las tres fases de autooxidación, que es la forma principal de oxidación que ocurre en los alimentos y ocurre simultáneamente. Reacciones que se inician o se provocan, se propagan y se paralizan, por eso se ha de tener en cuenta la revisión periódica de los alimentos.

6 Bibliografía

1. <https://digital.csic.es/bitstream/10261/196176/1/oxidafuncion.pdf>.
2. <https://core.ac.uk/download/pdf/15759938.pdf>.

Capítulo 629

EL CONOCIMIENTO DEL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA SOBRE LA COMPOSICIÓN DEL PESCADO

MERCEDES LOPEZ TEBAR

SALVADOR PALAZON VALCARCEL

NIEVES HENARES ROSA

CRISTINA SANCHEZ LOPEZ

1 Introducción

Tanto el mar como las aguas oceánicas y continentales brindan a las personas una variedad de alimentos cubiertos por productos de pesca y acuicultura, a otros de origen vegetal, como algas. En esta sección nos concentraremos en estudiar el pescado.

El término pez incluye todos los vertebrados comestibles. Este Puede ser agua fresca o salada, fresca o superar varios procedimientos autorizados. También incluye peces, mamíferos, varillas de olas y anfibios, estos pueden clasificarse de acuerdo con varios criterios, aunque la clasificación utilizada por los consumidores y los profesionales de nutrición, se ocupa de la vida o la composición lipídica.

La composición química del pez difiere dependiendo del tipo que sea. También entre individuos de la misma especie varía según la edad, el género, la tela, músculo, comida, medio o temporada. Los componentes químicos que forman la carne del

pescado que desarrollaremos más tarde son principalmente agua, proteínas y lípidos, en los que dependen el valor nutricional y las propiedades organolépticas. Los otros componentes (carbohidratos, vitaminas y minerales), sin embargo, están menos presentes, aunque continúan desempeñando un papel importante a nivel nutricional, el pescado fresco es el mejor para la elaboración de platos en la cocina del hospital, aunque el producto congelado si es de buena calidad se puede usar perfectamente.

2 Objetivos

- Describir los aspectos básicos a tener en cuenta por el pinche de cocina respecto al pescado, su composición y tipos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado una investigación que consistente en una revisión bibliográfica 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 PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La composición química de los peces se puede resumir de la siguiente manera:

- Agua:

Aunque el contenido de agua es extremadamente variable, por lo general varía entre.

Entre el 60% y el 80% de ello se deduce que esto está inversamente correlacionado con el contenido de grasa, mayor contenido de grasa, menor contenido de agua, y viceversa.

Inversamente proporcional a, como acabamos de ver, es el contenido de lípidos. Las especies, la edad y la estación afectan el contenido de agua y su variabilidad.

- Lípidos:

Uno de los elementos esenciales de los organismos marinos son los lípidos.

Se dividen en tres categorías según su contenido de grasa: azul, blanco y graso.

Normalmente, la grasa está presente en el pescado azul, tanto por vía subcutánea como muscular. Donde se encuentra la grasa en el pescado magro, más notablemente en el hígado.

El pescado tiene un contenido de grasa significativamente menor que la carne. El pescado tiene más ácidos grasos y menos grasas saturadas que otros productos animales, especialmente del tipo omega-3.

- Proteínas:

El pescado contiene compuestos nitrogenados que contienen proteínas y no proteínas.

Dado que el contenido de proteína es generalmente consistente, las proteínas de pescado también es muy alto, particularmente colágeno.

- Carbohidratos:

No hay muchos carbohidratos en los músculos de los peces; por lo general, vienen en forma de glucógeno y solo representan del 0 al 5% del total.

- Vitaminas y minerales:

El contenido de vitaminas y minerales varía según la temporada para cada especie.

El pescado es rico en calcio y fósforo, así como en otros minerales como el cobre y el hierro. Los niveles altos también están presentes en los peces de mar.

5 Discusión-Conclusión

Los pinches de cocina que desempeñan sus funciones en la cocina, deben conocer la composición química del pescado para realizar los menús que se deben de cocinar en un hospital.

Es importante conocer que los pescados pueden ser frescos o conservados en agua salada, frescos o ambos.

Saber la diferencia entre azules o blancos lleva a elaborar las mejores dietas que necesita el enfermo.

Se destaca la importancia de ser consciente de que los pescados tienen una composición química diferente y que dependiendo de la especie, varía que según la temporada, el entorno donde se pesca, la masa muscular, la edad, el sexo o la dieta.

6 Bibliografía

1. Composición de pescados y mariscos. Disponible en: <https://cbtis162.files.wordpress.com>

com/2012/06/composicion-de-pescados-y-mariscos.

2. El pescado: composición y valor nutritivo. Disponible en: <https://www.laboticadefranja.es/2017/11/pescado-composicion-y-valor-nutritivo.html>.

Capítulo 630

PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA ALTERACIONES DEL COLOR EN LOS ALIMENTOS

MERCEDES LOPEZ TEBAR

1 Introducción

Hablaremos sobre las reacciones complejas constituyen el pardeamiento no enzimático donde los polímeros se producen naturalmente sin la ayuda de oxígeno o enzimas.

Las melanoidinas, así como otros productos secundarios, dan a los alimentos una coloración marrón que altera el sabor, el aroma y el color del alimento en el que se encuentran.

El pardeamiento no enzimático tiene algunas desventajas, como la pérdida de nutrientes y la disminución de la disponibilidad de alimentos reducción de la solubilidad y digestibilidad de las proteínas debido al aminoácido lisina. Sin embargo, se emplea frecuentemente el dorado sin enzimas.

Debido a que se mejoran las propiedades organolépticas de muchos alimentos, se forman en el paladar sabores y aromas muy atractivos.

La comida para que debido a los sabores y colores producidos por estos cambios, estos procesos son los más utilizados en ellos.

El pan, las papas, los pasteles, la cerveza y el café están incluidos donde reaccionan y cambian el color sabor y olor, los grupos amino de las proteínas y los aminoácidos el grupo carboxilo, derivado principalmente de azúcares reductores. El color, los olores y los sabores tostados de los alimentos son causados por esto al introducirles aumentos de temperatura y alterar sus propiedades.

2 Objetivos

Conocer, como pinche de cocina que desempeña sus funciones en un hospital, las alteraciones y cambios que pueden producirse en los alimentos.

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 compuestos de carbonilo también se pueden encontrar en otras moléculas, como las vitaminas C y K, y los grupos amino se pueden encontrar en los aminoácidos libres, a pesar de que los azúcares reductores y las proteínas son los sustratos principales de la reacción.

Las melanoidinas y otros compuestos volátiles, que son los que dan a los colores su vitalidad, son los productos finales de la reacción de sabores y olores característicos.

Hay etapas clave que se destacan entre estas:

Todo el proceso se inicia por la reacción de condensación de Maillard. La reacción entre un grupo amino de una proteína o aminoácido y un grupo carboxilo, que generalmente proviene de un azúcar reductor, da como resultado la formación de una sustancia conocida como glicosilamina. No se producen sustancias coloreadas durante esta fase, y el olor y el sabor permanecen inalterados.

Reordenamientos de Amadori y Heyns: Las glicosilaminas producidas en la reacción mencionada pueden ser de dos tipos: cetosaminas y aldosaminas, siendo ambas inestables y transformándose en otros compuestos mediante reordenamientos.

Polimerización: Los compuestos producidos en las reacciones anteriores se polimerizan dando lugar a compuestos cíclicos y sustancias volátiles que son las responsables de los ligeros sabores amargos y aromas tostados, pero más importante aún, son las responsables de la coloración marrón, siendo las melanoidinas las más significativas.

Reacción de los productos de transposición: estos productos pueden pasar por una variedad de reacciones, incluyendo degradación, ciclación y fragmentación, lo que resulta en compuestos secundarios que dan lugar a los primeros colores y olores. Por ejemplo, los compuestos volátiles, que son los que dan a las cosas su olor distintivo, se crean durante la degradación. Todo ello nos lleva a que los alimentos no son óptimos para el consumo, porque pierden sus propiedades como las vitaminas, etc.

5 Discusión-Conclusión

El pinche de cocina que desempeña sus funciones en un centro hospitalario, tiene que tener en cuenta los cambios que se pueden producir en los alimentos cuando se produce un pardeamiento no enzimático. También saber que hay varias etapas en esta reacción, incluida la condensación de Maillard, los reordenamientos de Amadori y Heyns, la reacción de los productos de reordenamiento y la polimerización.

Las melanoidinas y otros compuestos volátiles producidos durante estas etapas son los que dar a las cosas sus matices, sabores y olores distintivos.

Somos conscientes de que el pardeamiento no enzimático más importante se produce durante la reacción de Maillard, en la que el grupo amino de las proteínas y los aminoácidos la manera de reaccionar con el grupo carboxilo y saber que se pueden encontrar principalmente en los azúcares reductores.

6 Bibliografía

1. <http://www.aulavirtual-exactas.dyndns.org/claroline/backends/download.php?url=L1BORTIwMTVDb2xvci5wZGY%3D&cidReset=true>
2. <http://depa.fquim.unam.mx/amyd/archivero/9Awypardnoenz>.

Capítulo 631

ROPA LIMPIA: MANIPULACIÓN, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHADO

YOLANDA BARBERO CAÑADAS

MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA

MARIA DOLORES ALFARO CUERDA

ALMUDENA GALINDO GARVI

ANDREA BARBERO CAÑADAS

1 Introducción

La ropa limpia en el servicio de lavandería y planchado del hospital se encuentra en un área delimitada para que no sea contaminada, siguiendo los protocolos del personal de este servicio logrará que la ropa llegue en condiciones óptimas de higiene y comodidad al paciente.

La ropa limpia es aquella que ya ha pasado las fases de lavado, planchado y almacenamiento. Además, estará empaquetada de forma correcta, evitando cualquier contacto con superficies sucias o con el polvo.

En este sentido, debemos tener presente que la ropa limpia puede haber sido contaminada a causa de alguna deficiencia o en corrección en su lavado, manipulación, protección, transporte o almacenamiento.

Por esto es muy importante que el personal del servicio de lavandería y planchado siga los protocolos establecidos, y en última instancia revise la ropa limpia para verificar que todo está correcto.

Actualmente, gracias a todos los controles que se llevan a cabo en este servicio, el riesgo de contagio en los pacientes es mínimo o nulo.

Así mismo, el propio personal sanitario también corre riesgo de ser contagiado, incluso tiene más posibilidades de contagiarse que un paciente, aunque como ya hemos resaltado, este riesgo actualmente es muy bajo.

Uno de los factores que ayudan a reducir este riesgo, en la especialización del personal.

2 Objetivos

- Explicar los procesos que sufre la ropa limpia, desde el procedimiento de lavado hasta el almacenamiento.
- Exponer los riesgos de contaminación que pueden existir y cómo se evitan.

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

1. Manipulación:

El proceso de manipulación es, quizá, donde la ropa limpia corre más riesgos de contaminación, por ello el personal debe ser consciente y tratar con mucho cuidado la ropa, se debe evitar la "recontaminación" por contacto de la ropa de trabajo, el personal debe tener siempre las manos limpias o usar guantes.

La ropa limpia debe colocarse siempre las superficies aptas para ellos, nunca la dejaremos en superficies sucias como el suelo.

El personal debe llevar la ropa perfectamente limpia y la base de las manos de forma recurrente.

En cuanto a la contaminación microbiana, comprobaremos que esté completamente seca después del lavado y el planchado y se procederá a empaquetarla inmediatamente. De forma que la ropa limpia permanezca el menor tiempo posible sin estar protegida, deberá permanecer perfectamente empaquetada hasta que vaya a usarse.

2. Transporte:

El transporte de la ropa limpia se realiza en carros, que además pueden estar cubiertos o cerrarse en todo momento. Reduciendo así al mínimo la manipulación y con ello la contaminación.

También se evita que la ropa limpia, adquiera polvo, humedad, etcétera.

La ropa limpia debe ser almacenada en un área cerrada y limpia, adecuada para su almacenamiento. Nunca la guardaremos en pasillos ni en las habitaciones de los pacientes.

Este almacén debe permitir el intercambio de carros para limpieza periódica.

3. Almacenamiento:

El almacenamiento de la ropa limpia debe tener un sitio concreto, que además permita la limpieza y desinfección con regularidad.

El almacén debe estar separado del resto de las zonas, además, tanto el almacén, como las secciones de las plantas, servicios o unidades, deben estar dotados de armarios cerrados.

Se intentará que el tiempo de almacenamiento de la ropa limpia sea el mínimo imprescindible.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo para este trabajo, se destaca la importancia de que todos los procesos que sufre la ropa limpia, tanto el lavado, planchado, transporte y almacenamiento, se desarrollen a través de protocolos establecidos para evitar que la ropa se contamine.

A la hora de la manipulación de la ropa existe un alto riesgo de contaminación, por ello el personal debe ser consciente y mantener su ropa de trabajo y las manos correctamente limpias. Siempre deberán dejar la ropa en las zonas aptas, como mesas y cintas, y nunca se manipulará la ropa desde el suelo.

A la hora de transportarlo se hará correctamente en los carros diseñados para esta función, tapados y la ropa correctamente empaquetada.

En el almacenamiento seguiremos la misma premisa, evitando que la ropa limpia pase un periodo de tiempo largo almacenada.

6 Bibliografía

1. Temario CEP, 2022. Personal de lavandería y plancha. Disponible en: <https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2020/03/MSalud-Neuqu%C3%A9n-Manual-Lavander%C3%ADa-y-manejo-de-ropa-hospitalaria.pdf>

Capítulo 632

EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN EN LA MANIPULACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MÉDICAS DE LOS PACIENTES

MANUEL INOCENCIO MORALES

ENCARNACION PATERNA SERNA

BEATRIZ MARÍN GARCÍA

MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ

LLANOS LANDETE LOPEZ

1 Introducción

Cada función tiene una importancia incuestionable en el vasto e intrincado mundo de los servicios de atención médica y, con frecuencia, las más subestimadas son aquellas que sustentan la base misma de este campo.

Uno de estos roles esenciales es el de celador, un trabajo que muchas veces pasa desapercibido, pero que en realidad tiene un impacto significativo en la eficacia del sistema sanitario. Este trabajo se centra específicamente en el papel crucial que juega el celador en la custodia y transporte de muestras médicas, tarea esencial para mantener la integridad de las pruebas y garantizar resultados precisos.

Las muestras médicas, como tejido, sangre, orina u otras, son esenciales para la detección, observación y tratamiento de una variedad de enfermedades. Su manipulación y transporte adecuados son cruciales para mantener su calidad y prevenir cualquier contaminación que pueda distorsionar los resultados de la prueba. El celador interviene durante esta situación. Este profesional de la salud no solo se encarga de trasladar al paciente de un lugar a otro, sino que también tiene la responsabilidad de custodiar y transportar estas muestras críticas de forma segura y eficiente.

El celador también sirve como conector entre varias áreas y departamentos dentro de un hospital o clínica, vinculando varias etapas del procedimiento médico. Esto asegura un flujo de operaciones efectivo y continuo, lo que mejora la eficacia y eficiencia del sistema de salud en su conjunto.

2 Objetivos

- Describir las funciones y responsabilidades del celador en el manejo y transporte de muestras médicas.
- Examinar el efecto de las acciones del celador sobre la integridad de las muestras y los resultados generales del análisis.

3 Metodología

Se ha realizado una investigación exhaustiva en una revisión de bibliografías sobre el cuerpo actual de literatura científica para avanzar en este trabajo.

Las bases de datos principales, Google y Google Academy, han sido objeto de una búsqueda exhaustiva de artículos, tesis y publicaciones. Solo se eligieron publicaciones académicas revisadas por pares centradas en los celadores.

4 Resultados

El celador en el campo de la salud realiza una variedad de deberes y tareas que son cruciales para la eficacia del sistema de salud.

El trabajo del celador es mucho más extenso de lo que podría parecer inicialmente, como lo han demostrado observaciones y análisis posteriores.

En primer lugar, el celador es responsable de asegurarse de que las muestras médicas estén empaquetadas correctamente. Debe asegurarse de que las muestras estén debidamente selladas, identificadas y salvaguardadas. Este procedimiento

requiere una comprensión profunda de los procedimientos de manipulación de muestras, así como una conciencia de los riesgos potenciales implicados en una manipulación inadecuada.

La responsabilidad del celador es trasladar las muestras de forma rápida y segura desde el punto de recogida hasta el laboratorio para su análisis. Esto requiere estar familiarizado con el diseño y la logística de un hospital o clínica, así como conocimiento de la posible urgencia de algunas muestras.

En el sentido más estricto de la palabra, el celador es también un custodio vital. Él es responsable de asegurarse de que las muestras no se extravíen, se manipulen descuidadamente o se coloquen en lugares incorrectos. Junto con sólidas habilidades organizativas, este puesto de custodia requiere un fuerte sentido de ética y responsabilidad.

Además de estas tareas de custodia y transporte, el celador es crucial para preservar la cadena de custodia de las muestras médicas. Como resultado, cada muestra debe ser rastreada y documentada cuidadosamente desde el momento en que se recolecta hasta que se entrega al laboratorio. Este seguimiento exhaustivo garantiza la fiabilidad de las muestras y, en consecuencia, la validez de los resultados de las pruebas.

No menos importante, es que el celador debe estar bien versado en los procedimientos de control de infecciones y las leyes de bioseguridad. Estas precauciones de seguridad son cruciales para evitar la contaminación cruzada de las muestras y proteger al personal y al personal del hospital.

5 Discusión-Conclusión

El análisis y las observaciones del estudio muestran lo importante que es para que el sistema de atención médica funcione de manera efectiva que el celador tenga la custodia y el transporte de las muestras médicas.

Los celadores no solo son una parte esencial de la maquinaria del sistema de salud, sino que también protegen la integridad de las muestras médicas, lo que tiene una relación directa con el buen diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Necesitan estar bien organizados, prestar atención a los detalles, estar familiarizados con los procedimientos de bioseguridad y tener un código moral sólido para poder hacer bien su trabajo.

El celador es una persona única en el sistema sanitario por estas características y capacidades.

6 Bibliografía

1. <https://dialnet.unirioja.es/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 633

LAS FUNCIONES DE UN CELADOR EN EL ANIMALARIO

MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ

LLANOS LANDETE LOPEZ

MANUEL INOCENCIO MORALES

ENCARNACION PATERNA SERNA

BEATRIZ MARÍN GARCÍA

1 Introducción

El método científico, que se compone de un sistema de procedimientos que incluyen la observación sistemática, la medición, la experimentación, la formulación de hipótesis y su análisis, con el fin de obtener nuevos conocimientos científicos basados en la evidencia, es la única forma aceptada y moral de hacer avances en el paradigma científico actual de la medicina moderna. Aunque la medicina es la ciencia más humana, ocasionalmente utiliza el método científico para probar los efectos secundarios de los medicamentos, comparar la eficacia de dos tipos de medicamentos similares, etc. Dado que aún no es posible determinar si serán seguros en humanos, es necesario probar su eficacia y seguridad en animales.

Los animales utilizados en investigaciones científicas residen y son cuidados en las instalaciones para animales. Es un lugar grande e intrincado con muchos com-

ponentes diferentes, todos los cuales deben cumplir con los más altos estándares de limpieza y seguridad.

En esta instalación no solo trabajan investigadores, sino que también cuenta una amplia plantilla de otros profesionales, incluidos celadores, personal de limpieza y el personal de mantenimiento, etc. Las tareas y funciones realizadas por el celador en la instalación de animales, animalarios, se examinarán y describirán en el presente texto.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que realiza el cuidador del animalario.
- Explicar brevemente las responsabilidades enfatizando el papel del celador en esta instalación.

3 Metodología

Se han buscado en diversas plataformas de información científica, incluido el buscador PubMed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como "animalario".

Además, se han localizado artículos y otras páginas útiles utilizando el motor de búsqueda de Google.

Luego de una revisión ordenada de la bibliografía obtenida, se seleccionaron los artículos de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A continuación se describirán las funciones que el celador desempeña en esta instalación:

- El celador será responsable de proporcionar alimento a los animales. Transportará cajas de comida preparada desde el muelle o el almacén y las distribuirá entre las distintas jaulas. Siguiendo en todo momento las indicaciones del superior, la alimentación se realizará cuidadosamente en función de la especie, edad, peso y necesidades nutricionales del animal. Además, cambiará el agua todos los días y la preparará para su consumo.
- El celador es el encargado de esterilizar los cuartos, jaulas, comederos y bebederos.

El celador también limpiará a los animales en ocasiones, como cuando se toman muestras de sangre que son tomados o se les realizan pruebas.

- Es posible que el celador necesite echar una mano al investigador en ocasiones para completar tareas específicas relacionadas con el experimento, como sostener al animal en una posición específica o ayudarlo a afeitarlo.
- Cuando se solicite, el celador trasladará a los animales en sus jaulas individuales de una instalación a otra.

Todo elemento, objeto, bien, jaula, etc. será transportado por el celador, utilizando en la instalación de animales como una necesidad. Cuando sea necesario sacar objetos de la habitación o guardarlos en el almacén, los celadores movilizarán todo este equipo tanto dentro como fuera del mismo edificio.

- El animal siempre recibirá cuidados amables y el celador tomará precauciones adicionales para evitar dañar al animal, en un esfuerzo por reducir su sufrimiento.
- La tarea del celador de llevar las jaulas de ropa sucia al lavadero al final del día es otra competencia.
- El celador mantendrá el orden en el animalario, vigilando las puertas e impidiendo la entrada de invitados no deseados.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se comprueba que las instalaciones animales o animalarios, son necesarias para poder realizar experimentos con ellos, una práctica que ha permitido numerosos avances científicos a lo largo de la historia.

Se resalta la importancia de que el uso del animalario es una unidad que requiere la coordinación y el trabajo de numerosos miembros del personal, incluido el celador, personal de limpieza y personal de mantenimiento, los cuales se encargan de múltiples tareas y funciones, como el aseo, la alimentación y el mantenimiento de los animales en óptimas condiciones, tratándolos siempre con cariño y respeto y cuidado, lo cual es necesario para llevar a cabo esta experimentación.

6 Bibliografía

1. <https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-el-animalario>.
2. www.revistamedica.com.

Capítulo 634

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN: TRASLADO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS AL GIMNASIO DEL CENTRO HOSPITALARIO

VICENTE GARCIA MARTÍNEZ

VICENTE GARCÍA GARRIDO

CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA

VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ

NURIA GARCÍA GARRIDO

1 Introducción

El servicio de rehabilitación en un centro hospitalario se encarga de atender a aquellos pacientes cuya movilidad se ha visto reducida debido a una larga lesión o a la inmovilidad de ciertas zonas corporales tras encontrarse encamado por una larga enfermedad.

El servicio de rehabilitación se encuentra dividido en diferentes áreas, las cuales se encargan de restablecer aquellas zonas corporales que por cualquier motivo se encuentran debilitadas, con poca musculatura y con poca fuerza.

Estos servicios funcionan de lunes a viernes en horario de mañana y tarde, por lo que se existirán dos turnos de trabajo rotatorios entre todo el personal que desarrolle su actuación profesional en dicho servicio.

El celador formará parte del equipo profesional que interviene realizando las siguientes actuaciones:

- Informar al paciente de la localización de las áreas del servicio de rehabilitación.
- Auxiliar al fisioterapeuta durante las sesiones de fisioterapia de los pacientes hospitalizados y de los ambulantés.
- Colaborar junto al técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la movilización de los pacientes cuya movilidad se encuentre más reducida.
- Trasladar a los pacientes desde las plantas de hospitalización hacia el gimnasio del servicio de rehabilitación.

2 Objetivos

- Dar a conocer el funcionamiento del servicio de rehabilitación en un centro hospitalario.
- Enumerar las funciones ejecutadas por el celador en el servicio de rehabilitación.
- Detallar el procedimiento realizado por el celador durante el traslado de los pacientes hospitalizados hasta el gimnasio, el centro sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como se ha mencionado anteriormente, una de las funciones ejecutadas por los celadores del servicio de rehabilitación es el traslado de pacientes desde las plantas de hospitalización hasta los gimnasios del centro hospitalario.

Generalmente, es un servicio en el cual no se encuentra un celador asignado, sino que día tras día pueden desarrollar su actividad profesional en la unidad difer-

entes celadores, es por ello, por lo que todo el personal subalterno debe conocer el procedimiento realizado durante el traslado de los pacientes

El procedimiento realizado por el celador durante el traslado de los pacientes hospitalizados hasta el gimnasio o al centro sanitario es el siguiente:

- En primer lugar, los celadores deberán recoger el listado de pacientes que tengan sesión de fisioterapia durante ese turno. El listado se puede encontrar en el tablón de anuncios de la unidad o será la propia supervisora de la unidad la encargada de proporcionar dicho listado.
- Para poder trasladar a un paciente al servicio de rehabilitación deberán cumplirse una serie de normas, entre las que destacan: o El paciente siempre será trasladado en silla de ruedas, nunca se trasladará en la cama hospitalaria o por el propio pie del paciente. o El paciente debe llevar pantalón y zapatillas cerradas. o El paciente deberá bajar al servicio de rehabilitación una vez haya desayunado o merendado. o El paciente nunca podrá llevar medicación, si no se pudiera interrumpir la medicación el celador esperará a que termine.
- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería a cargo del paciente en la planta de hospitalización ayudará al celador a sentar al paciente en la silla de ruedas.
- El celador deberá tapar al paciente con una sábana o manta para evitar que coja frío durante el trayecto.
- El traslado deberá realizarse de manera moderada pero evitando giros bruscos.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico nos demuestra la importancia de la actuación llevada a cabo por los celadores durante el desarrollo de sus funciones en el servicio de rehabilitación del centro sanitario. Una de las principales funciones realizadas por el celador adscrito a la unidad de rehabilitación es el traslado del paciente desde la planta donde se encuentra hospitalizado hacia el gimnasio de la unidad. Cabe destacar que la movilidad de estos pacientes se encuentra muy reducida y limitada debido o bien a la lesión que padece o bien a la incapacidad tras sufrir una larga enfermedad, por lo que el celador deberá actuar acompañado por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tanto en la planta de hospitalización como en la unidad de rehabilitación, no realizando ninguna actuación con el paciente por cuenta propia.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.

2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.

Capítulo 635

EL CELADOR DE REFUERZO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS. LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DEL REFUERZO CON EL RESTO DE LAS CATEGORÍAS PROFESIONALES

VICENTE GARCIA MARTÍNEZ

VICENTE GARCÍA GARRIDO

CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA

VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ

NURIA GARCÍA GARRIDO

1 Introducción

La categoría de personal subalterno, es decir los celadores en el ámbito sanitario son aquellos profesionales que se encargan de realizar aquellas funciones no sanitarias que no tengan asignadas ninguna categoría profesional, ya que los celadores pertenecen a la categoría profesional de personal no sanitario, por lo que no tienen formación académica ni preparación práctica para realizar tareas específicas de las categorías sanitarias.

Es por ello, por lo que el papel del celador se encuentra presente durante todos los procesos asistenciales de los pacientes y en cada una de las unidades que

conforman el centro hospitalario. En definitiva, el celador es el profesional que garantiza el funcionamiento de la unidad puesto que si su actuación, la actividad asistencial se retrasaría en el tiempo.

Dentro del cuerpo de celadores se pueden diferenciar tres grupos teniendo en cuenta las funciones desarrolladas durante su jornada laboral. Estos grupos no se encuentran establecidos oficialmente, pero en el ámbito laboral sí los podemos encontrar.

- GRUPO A.

Los celadores realizarán funciones específicas dentro de cada unidad. UCI, quirófano, diálisis, hemodinámica, farmacia y almacén.

- GRUPO B.

Los celadores realizarán funciones generalizadas que se pueden aplicar a cada unidad de un centro hospitalario. Los celadores se encuentran adscritos a las plantas de hospitalización o a urgencias

- GRUPOS C.

Son aquellos celadores que deberán conocer cada uno de los servicios y unidades que conforman el centro hospitalario, puesto que no se encuentran adscritos a ningún servicio y rotarán entre todas las unidades de la institución sanitaria.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones realizadas por los celadores de refuerzo con el resto de las categorías profesionales.

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 funciones de los celadores de refuerzo en las plantas de hospitalización. Los celadores de refuerzo en las plantas de hospitalización pueden actuar de dos maneras diferentes, o bien reforzando la actuación realizada por el celador ad-

scrito a dicha planta de hospitalización, o bien sustituyendo a este celador y realizando su jornada laboral en dicha planta.

Otra situación que se puede dar y que debe ser realizada por el personal de refuerzo en las plantas de hospitalización, son aquellas actuaciones de refuerzo realizadas diariamente debido a la gran cantidad de trabajo en dicha planta. Por lo que durante un período de tiempo esa planta de hospitalización contará con dos celadores.

Las funciones de los celadores de refuerzo en aquellas unidades específicas.

Al igual que ocurre en las plantas de hospitalización, en aquellas unidades más específicas, los celadores de refuerzo pueden actuar de dos maneras diferentes, o bien reforzando la actuación realizada por el celador adscrito a dicha unidad, o bien sustituyendo a este celador y realizando su jornada laboral en la unidad.

Las funciones de los celadores de refuerzo con el resto de las categorías profesionales.

Por norma general, la actuación de los celadores de refuerzo con el resto de las categorías profesionales viene dado a la demanda de estos profesionales para que acuda el personal de refuerzo para realizar una actividad en concreto debido a la imposibilidad de realizarlo por su celador titular.

Sin embargo, hay otras situaciones en las que los supervisores de las plantas de hospitalización o de aquellas unidades más específicas que requieran de una actuación en un momento concreto de la jornada laboral, deberán comunicarlo a los jefes de personal subalterno como mínimo con un día de antelación para que estos organicen la plantilla y puedan mandar a uno o varios de los celadores de refuerzo a realizar dicha actuación.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador de refuerzo en los centros hospitalarios. La actuación del celador del refuerzo con el resto de las categorías profesionales” nos demuestra en primer lugar, la organización de estos celadores en los centros sanitarios y, en segundo lugar, nos demuestra las funciones desarrolladas por esta categoría profesional. El celador del refuerzo a no ser un celador asignado a una planta de hospitalización o a un servicio especializado en concreto, deberá poseer los conocimientos necesarios de cada uno de los servicios a los cuales puede ser mandado por sus supervisores, ya que hay servicios donde las funciones son generales, pero hay otros servicios donde las funciones son más específicas.

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, SESCO. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- GARRIDO, J.M. El celador en el quirófano. España. Formación continuada Logoss. 2013
- 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 636

EL CELADOR Y SUS COMPETENCIAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

LLANOS LANDETE LOPEZ

MANUEL INOCENCIO MORALES

ENCARNACION PATERNA SERNA

BEATRIZ MARÍN GARCÍA

MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ

1 Introducción

Los pacientes que tienen problemas médicos que podrían provocar la muerte son tratados en la unidad de cuidados intensivos, también conocida como unidad de cuidados críticos, del hospital. Dada la gravedad de su estado, deben estar vigilados las 24 horas del día.

Un equipo de expertos de diversas disciplinas que han recibido una formación especial para brindar este tipo de atención dirigen este servicio.

Cada unidad de cuidados intensivos debe cumplir con estándares organizativos, estructurales y funcionales que garanticen una atención eficaz y de alta calidad. Las unidades de cuidados intensivos tendrán una amplia gama de equipos, incluidos monitores, desfibriladores, carros de emergencia, respiradores, etc. debido a la naturaleza única de la atención brindada.

Los médicos de cuidados intensivos que tienen una especialidad en brindar atención al paciente crítico y las habilidades técnicas para desarrollarla están a cargo de las unidades de cuidados críticos. Junto a ellos, el celador colabora con otros profesionales sanitarios y no sanitarios. La labor del celador en este servicio es de particular importancia porque ayuda en el manejo de pacientes extremadamente delicados por su condición. Por ello, debe estar completamente familiarizado con las posiciones anatómicas y seguir estrictamente las instrucciones del personal médico.

El trabajo realizado por el celador en la UCI se analizará en profundidad en este capítulo.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del celador de la unidad de cuidados intensivos.
- Enfatizar el papel del celador en unidades críticas y al mismo tiempo describir brevemente las responsabilidades de cada uno de estos roles.

3 Metodología

Se realizaron búsquedas en diversas plataformas de información científica, incluido el buscador PubMed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave para realizar el proceso de documentación de este trabajo, también se utilizó para filtrar artículos que no estaban en español, lo que resultó en un número mucho menor de resultados.

4 Resultados

La unidad de cuidados intensivos debe estar situada en un área diferenciada y de acceso limitado. Ante la potencial necesidad de trasladar un paciente de forma urgente a estos servicios, también estará cerca de quirófano, urgencias y radiología.

El personal médico debe cuidar este aspecto, elevando al máximo el estándar de atención al paciente, porque son unidades donde el paciente queda solo y esto implica un desgaste psicológico que puede afectar su recuperación tanto humana como paciente en términos de atención.

Las características de vulnerabilidad y menor conciencia del paciente exigen que el celador que trabaja en la UCI esté completamente familiarizado con su fun-

cionamiento y tenga una formación adecuada para realizar cambios posturales y trasladar pacientes.

Dado que frecuentemente trabajan con pacientes inmunodeprimidos cuyas patologías pueden agravarse como consecuencia de infecciones nosocomiales, el celador y el resto de profesionales deben cuidar al máximo todos los aspectos relacionados con la higiene de manos, la antisepsia pertinente y las medidas de aislamiento, como el uso adecuado de guantes, bata esterilizada, calzas, gorro y mascarilla. Debido al riesgo que implica esta conducta, también deberán abstenerse de salir de la unidad para visitar otras salas del hospital vistiendo su uniforme.

A continuación, repasaremos las funciones del celador en la unidad de cuidados intensivos:

- Se trasladará a pacientes que hayan ingresado en la unidad, provengan de urgencias o cuyo estado haya empeorado en una planta hospitalaria.
- Apoyará la movilización de los pacientes de acuerdo con las orientaciones del personal médico.
- Será el encargado de traer todo el equipo requerido, incluyendo rayos X portátiles, respiradores, desfibriladores, bombas de medicamentos y ultrasonidos portátiles.
- Serán los encargados de informar a los familiares y visitantes sobre el horario de visitas de la UCI y acompañarlos al lugar correspondiente.
- Reemplazar los suministros sanitarios agotados.
- Tomar pedidos de la farmacia.
- Se encargará de las interconsultas.
- Transportar las muestras biológicas al laboratorio correspondiente.

Para evitar poner en peligro la salud de los pacientes gravemente enfermos y obedecer profesionalmente las órdenes de los superiores, es fundamental que el celador esté familiarizado con los procedimientos de trabajo de la unidad.

5 Discusión-Conclusión

La unidad de cuidados intensivos, como hemos visto a lo largo del capítulo, tiene algunas características peculiares que la diferencian del resto de unidades o servicios hospitalarios. Como resultado, el celador asignado a esta unidad debe poseer amplios conocimientos en movilización de pacientes y precauciones de seguridad, ya que los pacientes ingresados por su condición lo requieren, la higiene, así como la coordinación con el personal médico y el estricto cumplimiento de sus indicaciones.

En resumen, podemos afirmar que el trabajo del celador en esta unidad es más preciso y delicado, y además requiere de mayor compromiso y esfuerzo que otros servicios hospitalarios.

6 Bibliografía

- https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S244889092017000300171
- Pubmed

Capítulo 637

LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LA INSTITUCIONES SANITARIAS

NURIA JIMÉNEZ DÍAZ

DAVID MUÑOZ DEL OLMO

JESUS MUÑOZ DEL OLMO

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

ROCIO LIMON RUIZ

1 Introducción

El celador en el sector sanitario es el profesional que tiene capacidad y conocimientos para realizar funciones de ayuda y apoyo a los médicos, enfermeras y personal sanitario en general, garantizando así el cuidado y el bienestar de los pacientes y el resto de usuarios de los centros como la organización y el buen funcionamiento de las instituciones sanitarias

Los celadores son personal no sanitario que trabaja al servicio de las instituciones sanitarias.

En el estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud lo clasifica como personal de gestión y servicio.

En la orden ministerial del 5 de julio de 1971 del estatuto del personal no sanitario en su artículo 14.2 hace referencia a las diversas funciones que realiza el celador dejando así la importancia de dichas funciones para proporcionar refuerzo al equipo de profesionales sanitarios aliviando y resolviendo distintas tareas como

el acomodamiento en el ingreso y traslado de los pacientes, control y vigilancia, ayuda en el aseo y movilización de los pacientes, traslados de documentación y comunicación entre otras muchas funciones que hace el celador dependiendo de su puesto en las diferentes unidades o servicios que hay en un hospital.

El celador tiene que conocer y estar familiarizado con los aparatos y utillaje que se utiliza en las distintas unidades o servicios, así como estar formados en diversas materias como por ejemplo, aislamientos hospitalarios e higiene, movilización de pacientes, etc.

2 Objetivos

- Exponer de los diferentes tipos de celadores según las unidades o servicios donde realiza su trabajo.
- Destacar la importancia que tienen el celador en las instituciones sanitarias.

3 Metodología

Para la elaboración de presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Para ello, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y diferentes artículos científicos con contenidos relacionados con el tema a estudio en las principales bases de datos como: PubMed, Medline y Scielo.

4 Resultados

La figura del celador está presente en todas las áreas o servicios de los centros e instituciones sanitarias, así como en los procesos asistenciales. Las funciones del celador varían según la unidad de atención a la que se dedique, a continuación destacaremos algunas de las áreas más conocidas:

1. Celador de Atención Primaria:

- Informar a los pacientes del propio centro, hora, día y lugar de su cita.
- Tendrá a su cargo el traslado: a. De los enfermos que sean dependientes. b. Traslados de materiales, objetos y documentación que se precisen.
- En turno de Urgencia: a. Abrir y cerrar el centro. b. Atender el teléfono y tomar nota de los avisos para la atención médica domiciliaria. c. Citar a los pacientes para la consulta del médico y de enfermería de urgencias.

2. Celador de Hospitalización o Planta.

- Ayuda al personal sanitario en las tareas cotidianas de aseo y movilización de los pacientes en los cambios posturales de los pacientes encamados.
- Traslados de pacientes a los servicios o pruebas que sean destinados.
- Controlará el acceso a los familiares a las habitaciones de los pacientes. a. Que no deambulan más que el tiempo necesario para llegar al lugar que se dirige. b. Impedirán que en las habitaciones se fume. c. Controlara la entrada de comida a las habitaciones, o cualesquier otras actuaciones que perjudican a los enfermos.

3. Celador en el quirófano:

- Deberá estar atento y dispuesto en todo momento a las indicaciones del médico o personal sanitario, para cualquier solicitud de ayuda o auxilio: a. para ajustar cualquier acondicionamiento del material de la sala de quirófano. b. movilizar al paciente.
- Introduce y saca a los enfermos del área quirúrgica.
- Trasladará los objetos y documentos a los diferentes servicios correspondientes.

4. Celador de urgencias:

- Nunca dejará la puerta sin atención o recepción.
- Ayuda a los pacientes que vienen en vehículos particulares y ambulancias.
- Recepción y ayuda a pacientes ambulantes.
- Transporte de los pacientes en sillas de ruedas, camillas, etc.

5. Celador de Animalario:

- Tendrá a su cargo los animales utilizado en los quirófanos experimentales a. Cuidará alimentándose y dándoles de beber. b. Limpiará las jaulas con frecuencia. c. Aseará a los animales que tengan que someterse alguna prueba.

6. Celador de Anatomía:

- Ayudarán a la práctica de autopsias: a. Preparar el cadáver para hacerle la autopsia. b. Moviliza al cadáver para realizar la autopsia. c. Ayudará a recomponer, así como asear el cadáver cuando se acabe la autopsia.
- Limpiar la mesa y sala de autopsia, como el material utilizado para la misma.
- Transportar llevando el cadáver desde el depósito a la mesa de autopsias.

7. Celador de Almacén:

- Recepciona y revisa la mercancía con el albarán de entrega.
- Carga y descarga de la mercancía.
- (Picking) Preparar los diferentes pedidos de los servicios hospitalarios.
- Llevar y distribuir los suministros a las distintas plantas o servicio hospitalarios.

Podríamos seguir exponiendo los diferentes tipos de celadores que hay en función del área o servicio donde realice su trabajo como: lencería, UCI, consultas externas, radiodiagnóstico, farmacia, rehabilitación, etc.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada que constancia de que la figura del celador es muy importante en las instituciones sanitarias. Estos profesionales están capacitados para realizar sus funciones, independientemente del servicio o área del hospital en el que se encuentre desarrollando su trabajo.

El celador no solo realiza las funciones generales que deja descrita en el estatuto del personal no sanitario en su artículo 14.2 como personal de gestión y servicios, sino también las específicas de cada área o servicio del hospital, siendo profesionales multifuncionales, sus labores son complementario a los especialistas sanitarios con los que trabaja de forma coordinada diariamente

El principal objetivo del trabajo del celador es facilitar al personal sanitario las funciones de atención al paciente y usuario de las instituciones sanitarias. Para que esto sea posible, el celador tiene que estar formado y familiarizado con los diferentes servicios de las instituciones sanitarias.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.institutohes.com/que-es-un-celador-funciones-y-tipos/>.
2. <https://essaformacion.com/funciones-celador-atencion-primaria>.
3. <https://escuelaatelier.com/que-es-celador-funciones/>.

Capítulo 638

LAS UNIONES DEL CELADOR EN LA ZONA DE INVESTIGACIÓN ANIMAL DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

NURIA JIMÉNEZ DÍAZ

DAVID MUÑOZ DEL OLMO

JESUS MUÑOZ DEL OLMO

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

ROCIO LIMON RUIZ

1 Introducción

En el paradigma científico actual de la medicina moderna, la única forma aceptada y ética para realizar avances en ciencia pasa por la utilización del método científico, el cual se compone de un sistema de procesos que incluyen la observación sistemática, realización de mediciones, experimentación, la formulación de hipótesis y el análisis de las mismas, para así obtener nuevos conocimientos científicos basados en la evidencia.

La medicina, como la más humana de las ciencias, no escapa a la utilización del método científico, y en ciertas ocasiones, como para testar efectos adversos de medicamentos, comparar eficacias entre dos tipos de fármacos similares, etc. se hace necesario el uso de animales para testar su eficacia y seguridad, cuando aún no es posible determinar si serán seguros en humanos.

El animalario es aquel lugar en el que viven y son cuidados los animales que son objeto de investigación científica. Se trata de un lugar complejo, formado por múltiples partes, en el que la higiene y las normas de seguridad son de máxima importancia.

En esta unidad no solo trabajan investigadores, sino que encontramos multitud de profesionales, como celadores, personal de limpieza y mantenimiento, etc. En el presente texto se analizarán las funciones que el celador lleva a cabo en el animalario.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en el animalario.
- Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en esta unidad.
- Poner en valor el trabajo que realiza el celador en el animalario, necesario para el correcto funcionamiento del mismo.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda Pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “animalario”, “investigación”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

El celador será el encargado de la alimentación de los animales, traerá las cajas con el alimento preparado desde el muelle o el almacén, y los distribuirá entre las diferentes jaulas. La alimentación se realizará cuidadosamente según su especie, edad, peso y requerimientos nutricionales, siempre siguiendo las indicaciones del superior. También preparará el agua de los bebederos y la cambiará todos los días.

El celador se encarga de la limpieza de habitáculos, jaulas, comederos, bebederos, realizará la esterilización de los mismos y aseará también a los animales, de forma periódica, y también, por ejemplo, cuando se requiera la extracción de muestras de sangre o la realización de alguna prueba en los mismos.

En ciertas ocasiones, el investigador requerirá asistencia del celador para llevar a cabo ciertas partes de la experimentación, como por ejemplo sujetar al animal en una determinada posición o ayuda para rasurarlos.

El celador, cuando así le sea solicitado, será quien traslade a los animales de unas instalaciones a otras en sus respectivas jaulas.

El celador será quien lleve a cabo el transporte de todos los elementos, objetos, inmobiliario, jaulas de animales, etc. necesarios utilizados en el animalario. Los celadores movilizarán todo este equipo en el interior del mismo cuando sea necesario, así como dentro y fuera del mismo, cuando se requiera cambiarlos de sala o guardarlos en el almacén.

El celador procurará en todo momento el mínimo sufrimiento del animal y realizará sus cuidados de forma delicada, con cuidado de no causarles daño alguno. Otra competencia del celador consiste en recoger las jaulas llenas de ropa sucia al final del día y trasladarlas a lavandería.

El celador velará por el orden en el animalario, vigilando las puertas y evitando el paso a todo personal no autorizado en esta unidad.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto a lo largo del presente texto, el animalario es necesario para llevar a cabo la experimentación con animales, práctica que ha hecho posible multitud de avances científicos a lo largo de la historia. Para llevar a cabo esta experimentación se hace necesario el uso del animalario, unidad que requiere de la coordinación y el trabajo de multitud de personal, entre los que se encuentra

el celador, que se encarga de múltiples tareas, como lo son el aseo, alimentación, y mantenimiento de los animales en condiciones óptimas, siempre tratándolos con respeto y cuidado, contribuyendo así al funcionamiento adecuado de esta unidad.

6 Bibliografía

1. El animalario. Funciones del celador - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 13, 2023, from <https://revistamedica.com/animalariofunciones-celador/>.
2. Estado actual de las funciones del celador en relación con el animalario en un centro sanitario: una revisión bibliográfica - Ocronos - Editorial Científico985. Técnica. (n.d.). Retrieved July 13, 2023, from <https://revistamedica.com/estadoactual-funciones-celador-animalario/>.
3. <https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-el-animalario>.

Capítulo 639

EL CELADOR Y SU PROCESO EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

NURIA JIMÉNEZ DÍAZ

DAVID MUÑOZ DEL OLMO

JESUS MUÑOZ DEL OLMO

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

ROCIO LIMON RUIZ

1 Introducción

Dentro del sector sanitario nos encontramos en un proceso continuo de evolución y desarrollo de nuevas tecnologías, que deben ser aplicadas en todas las áreas. El desarrollo de nuevas tecnologías es un proceso progresivo que va a aportar mayores beneficios en el ámbito sanitario, ya sea mayor eficacia a la hora de realizar actividades preventivas, establecer diagnósticos, realizar técnicas menos invasivas, posibilitando una rápida recuperación, etc.

En este sentido el quirófano es un servicio que está sufriendo una gran transformación, los avances tecnológicos han permitido la entrada de nuevas herramientas en las salas quirúrgicas.

Las imágenes 4K permiten al cirujano ver con mayor claridad el interior de un paciente facilitando la intervención, las imágenes 3D, realidad virtual, inteligencia artificial son realidades que mejoran la calidad de los procedimientos.

Pero estas nuevas tecnologías requieren un proceso de aprendizaje por parte de todos los profesionales, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores, etc.

El celador como el resto de profesionales está muy ligado a estos cambios y es una pieza fundamental, pues da soporte al resto de profesionales y facilita su labor, sirviendo de apoyo y soporte al resto de personal.

En este capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza el celador en el Área Quirúrgica, y su gran importancia en los quirófanos.

2 Objetivos

- Describir el área quirúrgica.
- Listar las funciones del celador en el área quirúrgica.
- Destacar la importancia del celador en dicho servicio.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se han consultado artículos relacionados con el tema en diferentes bases de datos como Pubmed, Elsevier y Scielo. Las palabras utilizadas para la búsqueda han sido “celador”, “área quirúrgica”, “quirófano”.

4 Resultados

En un hospital podemos definir el quirófano como un área donde se realizan intervenciones quirúrgicas a los pacientes. Estas intervenciones pueden ser programadas a través del servicio de lista de espera quirúrgica, o urgentes procedentes por ejemplo del servicio de urgencias. En ambos tipos de intervenciones el paciente podrá requerir internamiento en una planta de hospitalización o podrá ser dado de alta al domicilio.

Dentro del área quirúrgica trabajan multitud de profesionales tanto sanitarios, como no sanitarios, que deben estar perfectamente coordinados para el buen funcionamiento de la unidad.

Dentro del área quirúrgica podemos distinguir tres zonas principales de restricción progresivas que son:

- Zona negra o zona sucia, es la primera zona de restricción, en ella se encuentra la zona de recepción de pacientes, oficinas, baños y vestuarios. Es la zona de acceso a la unidad, por ella circulan todo el personal que se dedica a la atención del paciente: médicos, enfermeras, técnicos, celadores, etc.

Se debe acceder a esta zona con bata clínica y aquí es donde el personal cambia su uniforme clínico por el uniforme quirúrgico.

- Zona gris o también llamada zona limpia, es una zona semi-restringida, todo el personal que accede a esta zona debe llevar el pijama quirúrgico. Gorro, mascarilla y calzas. En esta zona se encuentra el área de lavado quirúrgico, la zona de limpieza y desinfección de todo el material quirúrgico, los almacenes del propio quirófano, cuarto de anestesia, sala de recuperación, etc.

- Zona blanca o estéril, aquí se encuentra la sala de operaciones, que debe tener unas dimensiones concretas: 36 metros cuadrados y cerca de 3 metros de altura, las paredes deben ser impermeables y de fácil limpieza para evitar la propagación de bacterias y microorganismos. Deberá cumplir unas condiciones de humedad, iluminación y temperatura concretas.

La organización y las funciones del celador en el área quirúrgica pueden variar de unas instituciones a otras, pero como regla general son las siguientes:

- Trasladarán a los pacientes desde el servicio donde se encuentren hasta el quirófano, asegurándose de que llevan la Historia Clínica.

- Colocarán al paciente en la mesa de operaciones siguiendo las instrucciones del personal sanitario,

- Serán los encargados de montar la mesa de operaciones, adaptándola al tipo de intervención a realizar y las preferencias de los cirujanos.

- Transportarán los aparatos o mobiliario necesarios para la intervención, dejándolos en su lugar correcto una vez finalice la intervención.

- Deberá permanecer mientras dure la intervención en el antequirófano, por si necesitaran sus servicios.

- Llevarán documentos, muestras, analíticas al servicio que corresponda durante la intervención.

- Deberán ser muy cuidadosos en la higiene, cumpliendo todos los protocolos de trabajo.

- Una vez finalizada la intervención procederán a desmontar la mesa de operaciones.

- Llevarán al paciente y operado a la sala de reanimación para su recuperación y posterior traslado a la planta.

- Informarán de cualquier desperfecto o daño en los equipos a sus superiores.

- En caso de fallecimiento durante el procedimiento, llevará el cadáver al mortuario.

Por todo lo anteriormente expuesto, la figura del celador en el área quirúrgica es muy importante y debe estar coordinador con el resto de profesionales para el buen funcionamiento de la unidad.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo presente que toda intervención quirúrgica supone un momento de estrés e incertidumbre para el paciente, es importante que todo el personal implicado en este proceso, entre ellos el celador, tengan la capacidad de transmitir al paciente la mayor tranquilidad posible. En este sentido, el celador tiene un contacto directo con el paciente a la hora de su traslado y debe tener una gran calidad humana, poniéndose en el lugar del paciente y facilitando en todo momento el trance por el que va a pasar.

También tiene que cuidar la vertiente profesional, observando en todo momento las normas y protocolos referentes a higiene y asepsia, cruciales en este servicio.

6 Bibliografía

1. <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=EL+CELADOR+EN+QUIROFANO>.
2. <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/10/29/quiroyfano-caracteristicas/>.
3. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf>.

Capítulo 640

AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO DE SALUD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. RIESGOS DERIVADOS DEL TRABAJO A TURNOS

TERESA JAREÑO ROMERA

MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO

M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO

1 Introducción

El auxiliar administrativo de los servicios de salud puede desempeñar distintas funciones. Generalmente, la jornada de trabajo suele ser de mañanas o tardes fijas, pero puede darse el caso de servicios como el de urgencias en el que en algunos servicios de salud y dependiendo de su organización y estructura interna la jornada es de doce horas, en las que se desempeña la tarea en turnos fijos de nocturno en el que la jornada empieza a las ocho de la tarde y termina a las ocho de la mañana del día siguiente, y en el diurno empieza a las ocho de la mañana y termina a las ocho de la tarde del mismo día que se requiera trabajo a turnos.

El trabajo a turnos se define como la forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando al trabajador a prestar sus servicios en horas diferentes en un periodo determinado de días o semanas.

Además, el trabajo a turnos implica abarcar horarios fuera de las horas diurnas, lo que conlleva que los trabajadores van rotando pudiendo sufrir determinados riesgos.

2 Objetivos

Exponer consecuencias del trabajo a turnos y medidas para mitigar los efectos.

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

Consecuencias del trabajo a turnos.

El trabajo a turnos supone que el organismo debe estar en actividad cuando debería estar en reposo y viceversa.

Las principales consecuencias del trabajo a turnos son las siguientes:

- Trastornos metabólicos y gastrointestinales, e incluso sobrepeso.
- Pérdida de apetito, apatía y cambios en los biorritmos del ser humano.
- Trastornos en la calidad del sueño o un sueño insuficiente
- Trastornos en el sistema nervioso, más fatiga e irritación.
- Aumento de enfermedades cardiovasculares.
- Estrés psicosocial. Más dificultad a la hora de disfrutar el tiempo de ocio.
- Aumentos de accidentes de trabajo, sobre todo al salir de la jornada nocturna.
- Aumento del estrés del trabajador y se ve afectado el rendimiento de este.
- Menos capacidad de concentración
- Dolores oculares y cefalea

Medidas para mitigar los efectos del trabajo a turnos de los auxiliares administrativos de los servicios de salud

Para poder contrarrestar sus efectos se llevan a cabo las siguientes medidas:

- Aumentar los tiempos de descanso.
- Más tiempos de descanso o vacaciones.

- Límites de edad y de rendimiento para estos trabajos.
- Mejora de condiciones de los trabajadores.
- Evitar turnos dobles y en turnos nocturnos un solo trabajador.
- Flexibilizar horarios y turnos.

Organización de los turnos

Teniendo en cuenta estos condicionantes, la organización de los turnos debe incluir entre sus objetivos la protección de la salud de los trabajadores. Para ello deberán seguirse las recomendaciones existentes a este respecto. Se debe emprender una política global en la que se consideren los siguientes factores:

- La elección de los turnos será discutida por los interesados sobre la base de una información completa y precisa que permita tomar decisiones de acuerdo con las necesidades individuales.
- Los turnos deberán respetar al máximo el ciclo de sueño, evitando que el turno de mañana empiece a una hora demasiado temprana. Los cambios de turno pueden situarse, por ejemplo, entre las 6 y las 7 h las 14 y las 15 h y las 22 y alrededor de las 23 h. Una variable que se debe tener en cuenta es la distancia entre el centro de trabajo y el domicilio de los trabajadores.
- Los turnos de noche y de tarde nunca serán más largos que los de mañana, preferiblemente serán más cortos.
- En cuanto a la duración de cada ciclo, actualmente se tiende a realizar ciclos cortos (se recomienda cambiar de turno cada dos o tres días), pues parece ser que, de esta manera, los ritmos circadianos apenas llegan a alterarse.

5 Discusión-Conclusión

La vida se hace más difícil con un ritmo de rotación tan cambiante, por lo que puede existir una contradicción entre el punto de vista fisiológico y las necesidades psicosociales de los individuos. Este es uno de los aspectos por los que el problema de la rotación es tan complejo y por lo que es necesario adaptarlo a las necesidades individuales y contar con la participación de los interesados.

6 Bibliografía

2.4- Fuentes. <https://istas.net/salud-laboral>
 Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y
 Salud

Google Académico: IntraMed: Medicina General, Trabajo por turnos y problemas de salud, “consecuencias para la salud del trabajo a turnos y del sueño insuficiente” autor: Kecklund G, Axelsson J BMJ 2016;
355: I5210
Revista Ocrono

Capítulo 641

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA DIVISIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO

M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO

TERESA JAREÑO ROMERA

1 Introducción

En la Constitución Española, B.O.E. núm 311, entró en vigor el 29 de diciembre de 1978, hace referencia concretamente en el artículo 18.4, que “se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.”

Es importante hacer referencias a las siguientes leyes, ya que tratan de la protección de datos:

L.O. 15/1999, 13 diciembre, derogada por el número 1 de la disposición derogatoria única de la L.O. 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales («B.O.E.» 6 diciembre) el 7 de diciembre de 2018, sin perjuicio de lo establecido en la disposición adicional decimocuarta.

Ley 41/2022, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Las personas que realizan tareas administrativas de tratamientos de datos, en este caso los auxiliares administrativos que trabajan en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, (hospitales, centros de salud, consultorios, centros

de especialidades) están obligados al secreto profesional; o que estén bajo su responsabilidad, ya que por su trabajo tienen acceso a archivos de pacientes que pueden contener información que puede causar daño a su intimidad.

2 Objetivos

- Conocer la importancia que tiene el uso de tratamiento de datos con los usuarios y pacientes.
- Entender y comprender las leyes que regulan la protección de datos.

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

Para el estudio de este capítulo se hacen referencia a leyes que por su relación con el tema son importantes, como hemos explicado en la introducción, como:

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- La ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente, que señala que el acceso al historial médico está limitado al personal sanitario directamente implicado en el tratamiento del paciente. Por tanto, estos datos no pueden ser consultados por el personal sanitario sin una causa justificada por la ley.

El tratamiento de los datos personales, consiste en cualquier operación o conjunto de operaciones realizadas sobre datos personales o conjuntos de datos personales, ya sea por procedimientos automatizados o no, como la recogida, registro, organización

Queda prohibido el tratamiento de datos personales que revelen el origen étnico o racial, las opiniones políticas, las convicciones religiosas o filosóficas, o la afiliación sindical, y el tratamiento de datos genéticos, datos biométricos dirigidos

a identificar de manera unívoca a una persona física.

En el Servicio de Salud de Castilla La-Mancha “SESCAM”, nos encontramos con la política de privacidad, en la que fijan como objetivo básico, garantizar la privacidad y confidencialidad de los datos personales, que serán tratados por trabajadores de los distintos sistemas de información.

La finalidad de los auxiliares administrativos serán de atender las necesidades y prestar los servicios sanitarios a los ciudadanos, profesionales, proveedores, etc., en el ámbito de sus competencias.

Los auxiliares administrativos que trabajan con tratamiento de datos realizarán funciones diversas, dependiendo del área en que designen sus servicios.

Los auxiliares administrativos deben respetar el derecho, “derecho fundamental” del paciente a su intimidad, por lo que no pueden acceder indebidamente a ninguna historia clínica.

5 Discusión-Conclusión

La Ley de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales, armoniza toda la legislación de nuestro país en materia de protección de datos relativos a distintas materias (sanidad tiene varias disposiciones específicas) e incorpora a nuestro ordenamiento jurídico “derechos digitales” hasta ahora no regulados.

El tratamiento de datos personales, médicos, que realizan los auxiliares administrativos en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (Hospitales, Centros de Salud, etc.), es un tema que hay que tratar con considerable cuidado, ya que existen leyes que protegen estos datos, e incluso acceder indebidamente, está penado en nuestro Código Penal con penas de prisión de uno a cuatro años, multas de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesional por tiempo de dos a seis años.

6 Bibliografía

- 1 Ocronos, editorial científica <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-tratamiento-datos/>
2. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal
<https://www.google.com/search?q=REFERNCIA+A+LEYES+DE+PROTECCION+DE+DATOS&oq=REFERNCIA+A+LEYES+DE+PROTECCION+>

DE+DATOS&aqs=chrome..69i57j33i10i160j33i22i29i30l8.12129j1j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8

3 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Publicado en: «BOE» núm. 294, de 06/12/2018

4https://www.google.com/search?q=tratamiento+de+datos+medicos&ei=_1EHY7GyHciblwSdkr7ADg&ved=0ahUKEwjxrcKX5-H5AhXIzYUKHR2JD-gQ4dUDCA4&uact=5&oq=tratamiento+de+datos+medicos&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAMyBQgAEIAEOgcIABBHELADogYIABAeEBZKBAhBGABKBAhGGABQIh-gws-wiz4

gQ4dUDCA4&uact=5&oq=tratamiento+de+datos+medicos&gs_lcp=

Cgdnd3Mtd2l6EAMyBQgAEIAEOgcIABBHELADogYIABAeEBZKBAhBGABKBAhGGABQIh-

gws-wiz4

gws-wiz4

4 Sanidad de Castilla La-Mancha. Política de privacidad <http://sanidad.castilalamancha.es/content/politica-de-privacidad>

Capítulo 642

EL PLANCHADOR/A Y LA ORGANIZACIÓN DE LA ZONA DE PLANCHADO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ

1 Introducción

El término "servicios generales" se refiere a un grupo de servicios regulares brindados en hospitales para apoyar las operaciones fundamentales de atención médica de la institución. Estos servicios hospitalarios generales pueden incluir artículos de lavandería, ropa de cama y planchado, así como ropa de hospital y herramientas de trabajo del personal médico.

Al clasificar, mover y lavar la ropa, los empleados profesionales de las lavanderías deben manipular la ropa lo menos posible. Para ello, deberán cumplir una serie de normas y protocolos de trabajo establecidos por el hospital.

La ropa se utiliza frecuentemente como sistema de transmisión de agentes infecciosos debido al contacto frecuente con pacientes de todo tipo. Por lo tanto, la ropa del paciente debe ser higiénicamente aceptable, cómoda y mantener todas sus cualidades naturales durante su uso, como suavidad, absorbencia y frescura. La recogida, el transporte, el procesamiento y el almacenamiento de la ropa hospitalaria se realizan de forma adecuada. En consecuencia, el centro de salud debe brindar una serie de servicios, tales como:

- Instalaciones diseñadas específicamente para el cuidado de la ropa, como lavandería, planchado y áreas de almacenamiento.
- Solo aquellos empleados que estén cualificados y especialmente formados para realizar este trabajo.
- La utilización de procedimientos de trabajo y un nivel de control que asegure una perfecta higiene y conservación de la ropa.

2 Objetivos

- Exponer la importancia y valoración de los profesionales que trabajan en la zona de planchado de los centros hospitalarios.
- Demostrar el valor que se deriva de una buena organización en el área de planchado de un centro hospitalario.

3 Metodología

En relación a los objetivos sugeridos se ha realizado una revisión bibliográfica. Para ello se han consultado buscadores como Google y bibliotecas electrónicas de diversas páginas de Internet y bases de datos como PubMed, Medline y Scielo. El estudio incluyó todos los artículos de un libro que cumplieran con los criterios necesarios para completar esta tarea.

Organización, planchado y personal son algunas palabras clave relacionadas.

4 Resultados

Después de ser recogida por profesionales designados, la ropa usada primero se clasifica por tipo de tejido y nivel de suciedad. Por este motivo, el personal de la lavandería también deberá seguir un protocolo en la manipulación de estas prendas.

El trabajador siempre debe manipular la ropa sucia mientras usa equipo de protección, como guantes y delantal, y luego lavarse las manos para reducir el riesgo de infección por la propagación de cualquier enfermedad.

Debido a problemas de vibración, ruido, suministro y evacuación de fluidos y vapores, etc., puede ser necesario instalar la lavandería en un espacio que originalmente estaba destinado a otro uso. Si el volumen es suficiente, esto es posible en todo momento.

El servicio completo de lavandería y planchado de un centro hospitalario se compone de tres procedimientos diferenciados:

- Operaciones logísticas: gestión de los niveles de almacenamiento central y de planta, así como el movimiento de ropa limpia y sucia a las zonas adecuadas.
- Toda la ropa es lavada, secada, planchada y empaquetada como parte de los procedimientos de limpieza y desinfección textil.
- Trámites de adquisición de textiles nuevos: desde el asesoramiento técnico hasta la propia compra, todo se realiza bajo la supervisión constante del responsable del servicio. Una vez finalizado el lavado, lo siguiente es la limpieza en seco y el planchado. Durante esta etapa, todos los artículos que no sean prendas de vestir y telas lisas, como sábanas, toallas, uniformes de pacientes, ropa de cama, vestimenta quirúrgica y otros artículos, se separarán y clasificarán por tipo de ropa. El personal de este centro de servicio de lavandería y planchado debe manipular la menor cantidad de ropa limpia posible para guardarla en bolsas en un lugar limpio y seco para su posterior distribución a los distintos servicios del hospital.

5 Discusión-Conclusión

Una de las funciones propias del servicio de lavandería y planchado de un hospital es garantizar que la ropa del paciente esté limpia, bien planchada y cómoda, así como ayudar con su cuidado y garantizar que no contraiga ninguna infección. Durante el manejo de la ropa sucia se realza la importancia de los procesos de recogida, clasificación y carga de las máquinas. Es importante tener precaución al manipular ropa limpia, ya que se pueden depositar bacterias del aire en la ropa antes de ser entregada a los distintos servicios hospitalarios. Esto sucede en el proceso de descontaminación, donde, con el aire, se inhala una cantidad importante de bacterias.

La labor del personal no médico que trabaja en este tipo de servicios es de suma importancia, puesto que se presta todos los días del año durante tantas horas como sea necesario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 643

EL PLANCHADOR/A DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LA CORRECTA CONSERVACIÓN DE LAS PRENDA DE LOS HOSPITALES.

MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ

1 Introducción

Un grupo de servicios que se ofrecen en los hospitales y ayudan con la atención básica se denominan "Servicios Generales". El servicio de lavandería, ropa de cama y planchado tanto de la vestimenta laboral como hospitalaria están incluidos en la restauración hospitalaria. Este servicio incluye ropa hospitalaria (textiles sanitarios), lavandería y lencería.

Es fundamental comprender las necesidades particulares de mantenimiento de cada tipo de tejido para preservar la indumentaria hospitalaria y otros accesorios textiles. Dado que siempre debes consultar la etiqueta de la prenda para conocer las instrucciones de lavado, planchado y conservación, los consejos para el cuidado de la tela que se brindan son generales. Dado que el planchado se realiza en la lavadora cuando se agregan suavizantes durante el ciclo final de lavado, es importante reducir la cantidad de planchado. La ropa queda menos arrugada después de plancharla de esta manera.

Se han establecido algunas técnicas fundamentales de planchado, centrándose en una combinación de cuatro factores claramente diferenciados: calor, humedad del vapor, presión y vacío. Los resultados del planchado de la ropa dependerán de qué tan bien o mal se combinen estos factores. Sin embargo, hay otros factores que

influyen, como el acolchado empleado. El calor y la humedad del vapor trabajan juntos para preparar y acondicionar las fibras del tejido del material a planchar, permitiendo ya sea una rotura (pliegue o pliegue) o un acabado liso y suave, sin arrugas en la prenda.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la labor del planchador en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Este capítulo fue preparado a través de una extensa investigación que incluyó una revisión bibliográfica sistemática del conjunto de conocimientos sobre las funciones del guardia. Se utilizaron las bases de datos primarias, Pubmed, Medline y Scielo, para seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares, además de una búsqueda exhaustiva de libros y artículos en esas bases de datos.

4 Resultados

Es necesario poner en práctica algunos consejos sencillos que agilicen el planchado, para que este sea una tarea sencilla y que requiera poco esfuerzo por parte del planchador del sector sanitario. Normalmente, se necesita una técnica de planchado específica para cada tipo de tejido. Es fundamental leer la etiqueta de cada prenda para conocer las condiciones de planchado recomendadas por el fabricante. Por lo tanto, la ropa debe dividirse en categorías, empezando por los que requieren menos calor y pasando a los que necesitan temperaturas más altas. Hay dos categorías de vestimenta hospitalaria que podemos separar en el apartado de planchado:

1. Acabado de la ropa plana: El acabado de la ropa plana (sábanas, encartes, etc.) está totalmente automatizado, gracias al conjunto formado por el alimentador, la planchadora, la plegadora y el apilador). La planchadora extendida realiza el planchado de prendas planas mediante rodillos y vapor, y los introductores facilitan la colocación de la prenda sobre la planchadora y automatizan el proceso. Hay carpetas para toallas, sábanas y piezas pequeñas, entre otros, que permiten doblar la ropa según las especificaciones antes de pasar al apilador. El apilador

pondrá a disposición lotes de ropa en cantidades predeterminadas, listos para ser empaquetados.

2. Completar el formulario de la prenda. Los túneles de secado y acabado de prendas moldeadoras (robots plegadores) automatizan el secado, planchado y plegado de prendas moldeadoras (pijamas, ropa de sanitarios, etc.).

El personal de lencería del hospital, es decir, el personal de plancha, sustituirán el consumo diario de cada UGC. El método típico para lograrlo es cumplir con el compromiso de suministro diario asumido entre la tienda de ropa y la unidad hospitalaria asociada (mantenimiento de niveles de stock). Esto garantiza que UGC tenga a su disposición un suministro equitativo de ropa limpia cuando empiece a trabajar cada día.

5 Discusión-Conclusión

Una de las más significativas es prestar mucha atención al etiquetado de las prendas cuando el planchador de la institución de salud desarrolla su tarea de planchado. En las etiquetas podemos ver la composición del tejido y el tratamiento que se debe aplicar para poder plancharlo correctamente y con el mínimo cantidad de daño a las prendas.

Se puede decir que el planchado es una combinación de varios elementos, entre ellos el calor, la humedad del vapor, la presión aplicada a la ropa y el vacío. La eficacia de esta combinación determinará el resultado del planchado.

El planchador será plenamente consciente de estos elementos y entenderá cómo aplicarlos en cada una de sus acciones mientras realiza el servicio de planchado. Asegurarse de que el paciente tenga ropa cómoda, limpia y planchada es una de las cosas correctas que debe hacer la lavandería de un hospital. Sin embargo, la ropa debe limpiarse y desinfectarse adecuadamente para no propagar gérmenes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 644

ATENCIÓN TELEFÓNICA EN LOS CENTROS DE SALUD POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MERCEDES GARCÍA GARCÍA

VERÓNICA PÉREZ ORTIZ

MARÍA TERESA GARCIA JIMENEZ

JOSEFA COUQUE MOTILLA

MARIA JOSE MORA CEREZO

1 Introducción

La llamada telefónica es, en muchos casos, la primera toma de contacto que tiene el paciente con el centro sanitario. En la mayoría de ocasiones, los pacientes intentan resolver sus dudas o problemas por la vía telefónica, antes de ir al centro sanitario o al hospital.

El auxiliar administrativo es el que se encarga de recepcionar estas llamadas, y de su buen hacer, depende esa primera impresión tan importante. Debido a esto, se debe prestar gran atención a esa primera respuesta al descolgar el teléfono.

Cumplir con las expectativas del paciente, es dar calidad a nuestro centro sanitario. Es humanizar la sanidad. El paciente que llama tiene una duda, una respuesta que resolver, necesita una cita, saber si sus resultados están disponibles,

el horario de su consulta o cualquier otro motivo, debemos responder con empatía, con simpatía e intentar, en la medida de lo posible, satisfacer sus necesidades.

En ocasiones, no es posible cubrir su necesidad en una llamada telefónica, debe personarse en el centro, si ese es el caso, se transmite la información serenamente, dando toda la información posible y explicando el motivo por el que no se puede resolver su necesidad en ese momento por la vía telefónica.

2 Objetivos

- Establecer las expectativas del paciente ante la llamada telefónica al centro sanitario.
- Establecer los criterios de atención telefónica para una buena calidad del servicio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente texto, 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

Los usuarios, pacientes o familiares, en nuestro caso, cada vez tienen mayores expectativas. Cada vez están mejor y más informados. Cada vez, también, son más exigentes.

Nuestra función es superar esas expectativas, y para ello , en primer lugar, vamos a conocerlas:

- Eficacia: quieren respuestas y resultados en el momento en que se le generan o las precisan.
- Facilidad: comodidad, ahorrarles tiempo, ahorrarles desplazamientos.

- Rapidez: el tiempo cada vez es más valioso, para los trabajadores, pero también para los pacientes.
- Concentración: resolver sus dudas y obtener sus respuestas en único sitio. Sí es por teléfono, en una única llamada telefónica.
- Fiabilidad: sentir la calidad de la información recibida, sentir que el trabajador es muy profesional, que ha sido eficaz.
- Trato individualizado: implicación con cada paciente y sus necesidades, ese paciente que tienes al teléfono es lo más importante en ese momento.

Ante una llamada telefónica debemos:

- Ser educados, expresarnos con amabilidad. Una sonrisa “se escucha” al otro lado del teléfono, siempre es sentida.
- Identificarse, dar a conocer el nombre de la persona con la que hablan. Es muy importante saber a quién se dirigen.
- Utilizar un lenguaje positivo. Se intentará utilizar el “no” lo menos posible. Siempre vamos a encontrar una alternativa.
- Cuidar el tono y el volumen de nuestra voz. Buscar la calidez en nuestra voz.
- Vocalizar lo mejor posible. Teniendo especial cuidado en la velocidad de locución. Nos tenemos que hacer entender.
- Parafrasear para comprobar que hemos entendido bien y hacer sentir escuchado al paciente.
- Ser concreto en las informaciones ofrecidas, ser preciso.
- No interrumpir mientras nos hablan, pero sí podemos intercalar expresiones que den a entender que les están escuchando, tipo “sí”, “entiendo”, “de acuerdo”...
- Preguntar si nos hemos explicado bien, no hay nada malo en ello, así confirmamos que la información ha sido recibida.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo que ofrece servicios telefónicos, debe tener habilidades comunicativas, habilidades técnicas y habilidades personales. Debe expresar confianza a través de esa llamada telefónica, se debe dar a entender que el trabajador es un gran profesional. Que le va a escuchar y que va a resolver su necesidad de la mejor manera posible.

A través de esa llamada telefónica, se debe generar confianza en el paciente. Para ello no solo se deben cuidar los detalles en la forma, también se debe dar una respuesta eficaz y preciosa a su necesidad.

Entendamos la importancia de coger las llamadas telefónicas, la persona que está al otro lado no sabe si estás con otra cosa, si tienes mucha gente en la ventanilla, se contesta al teléfono y si no puedes atender en ese momento se le explica, se coge nota y se le llama después.

6 Bibliografía

1. <https://www.mailxmail.com/curso-atención-telefónica-como-administrativa>.
2. <https://www-erpommpva-edi-es/blog/curso-auxiliar-administrativo>
3. <https://legaloffice.es/atención-telefónica-excelencia-y-calidad/>

Capítulo 645

LA ASERTIVIDAD CON EL PACIENTE DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MERCEDES GARCÍA GARCÍA

VERÓNICA PÉREZ ORTIZ

MARÍA TERESA GARCIA JIMENEZ

JOSEFA COUQUE MOTILLA

MARIA JOSE MORA CEREZO

1 Introducción

La comunicación asertiva es adquirir unas habilidades para hablar de forma considerada y respetuosa.

No desestimar los derechos, ni juzgar las opiniones de la otra persona, pero sin dejar de lado la defensa de nuestras ideas y derechos. Es una habilidad fundamental para una buena convivencia. Permite el diálogo con calma y respeto, expresar lo que queremos decir, pero sin herir los sentimientos de otras personas.

Utilizar una comunicación asertiva disminuye los niveles de estrés, ayuda a controlar el mal genio, y mejora nuestra destreza para el afrontamiento, nos permite expresarnos eficazmente, defendemos nuestro punto de vista, a la vez que respetamos el punto de vista de las demás personas.

Para lograr una comunicación asertiva, necesitamos:

- Confianza en nosotros mismos, creo que puedo manejar esta situación.
- Claridad en mi mensaje, lo expongo de forma que sea fácilmente entendible.
- Control, mi mensaje lo expongo de manera calmada y controlada.

La asertividad se aprende con práctica, es necesario evaluar en primer momento la forma en que comunicamos. Hay que practicar el decir "no". Es muy necesario utilizar el lenguaje corporal, la comunicación no verbal dice más que la verbal. Una necesidad imperiosa es mantener las emociones propias bajo control, es muy difícil, pero hay que trabajar en ello para la resolución de conflictos. No te agobies, poco a poco se consigue.

2 Objetivos

- Concienciar sobre la importancia de una buena comunicación, en especial en el entorno sanitario.
- Establecer estrategias para mejorar la comunicación en el centro sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente texto, 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

Uno de los objetivos principales de la comunicación asertiva con los pacientes es facilitar la resolución de las dificultades derivadas de las exigencias propias de los centros sanitarios. El ambiente no favorece, la preocupación de los pacientes y sus familiares no favorecen, el malestar que se pueda generar debido a las aglomeraciones y/o colas de espera no favorecen. Por la parte del auxiliar administrativo, podemos decir que no favorecen las cargas de trabajo, ver la cantidad de pacientes que tienes en espera, el teléfono no para de sonar, los compañeros pidiendo cosas.

Se debe crear un clima de calidez y colaboración con los pacientes.

Es importante que el paciente se sienta escuchado. De esta forma, explicará mejor sus necesidades.

El auxiliar administrativo debe esforzarse en comprender al paciente, poniéndose en su lugar, empatizando, manteniendo una escucha activa. Hay que tener en cuenta que no solo eres la primera persona que ve al entrar, además, el auxiliar administrativo es el nexo de unión entre paciente y sanitario.

Veamos las características principales de la comunicación asertiva. Estas son habilidades que se aprendan y se entrenan.

- Respetar tus derechos al mismo tiempo que respetas los derechos de los demás.
- Expresar ideas y emociones de forma directa, respetuosa y empática.
- Sin olvidar las necesidades de otras personas, pediremos lo que necesitamos.
- Expresar los sentimientos propios, sin juzgar los de otras personas.
- Expresarse de forma tranquila y segura.
- Los conflictos se deben enfocar de manera constructiva. No siempre un conflicto es negativo, se puede aprender de él.
- Prestar especial atención al lenguaje no verbal, ya que en la mayoría de las ocasiones, habla más que el lenguaje verbal. Los gestos son muy importantes y dicen mucho, se debe cuidar mucho este lenguaje para evitar malentendidos.

5 Discusión-Conclusión

La asertividad es la mejor opción en cualquier ámbito de la vida, pero si hablamos del ámbito sanitario, cobra mayor importancia, ya que los pacientes vienen a nosotros con una necesidad especial, ansiedad e incertidumbre, dudas.

Los auxiliares administrativos deben tener la habilidad de la comunicación asertiva, para ello se deberán programar cursos para aprender las técnicas necesarias. La necesidad de practicar para llegar a conseguir una comunicación asertiva nos llevaría a desarrollar cursos de manera progresiva y programada, siempre cursos prácticos con un tutor especializado en esta materia.

La comunicación asertiva es fundamental en el centro sanitario y para todos los trabajadores del mismo.

6 Bibliografía

1. Aguilar-Morales, J.E., & Vargas-Mendoza, J.E. (2010). Comunicación asertiva.
2. <https://www.deustosalud.com/blog/gestión-sanitaria/importancia-buena-comunicación-con-paciente>.
3. Pérez, A.C., León, N.K.Q., & Coronado, E.A.G. (2017). Empatía, comunicación asertiva y seguimiento de normas. Un programa para desarrollar habilidades para la vida. Enseñanza e investigación en psicología.
4. Faba Rubio, A. Técnicos de comunicación personal sanitario y no sanitario de los servicios de salud.

Capítulo 646

RIESGOS PSICOSOCIALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN CENTROS SANITARIOS

MERCEDES GARCÍA GARCÍA

MARÍA TERESA GARCIA JIMENEZ

VERÓNICA PÉREZ ORTIZ

JOSEFA COUQUE MOTILLA

MARIA JOSE MORA CEREZO

1 Introducción

La definición de riesgos psicosociales podría quedar así: "Los riesgos psicosociales se derivan de las deficiencias en el diseño, en la organización y en la gestión del trabajo, además de un bajo contexto social del trabajo. De aquí se puede derivar en estrés laboral, agotamiento o depresión".

Según la Organización Internacional del Trabajo (INSST): "interacciones entre el contenido, la organización y la gestión del trabajo y las condiciones ambientales, por un lado, y las funciones y necesidades de los trabajadores, por otro. Estas interacciones podrían ejercer una influencia nociva en la salud de los trabajadores, de sus percepciones y experiencias".

Según estudios sanitarios, alrededor de la mitad de los trabajadores en Europa y, sobre todo, en España, que es donde se centra nuestro estudio, consideran que el estrés es común en sus trabajos, muchos trabajadores están sometidos a una presión que les lleva a estrés, ansiedad.

Los principales riesgos psicosociales son:

- Estrés laboral
- Conflictos en el lugar de trabajo
- El acoso laboral
- La violencia en trabajo
- La discriminación laboral
- La falta de apoyo
- La sobrecarga de trabajo.

En la actualidad, las empresas aplican políticas y programas que ayudan a la prevención de los riesgos psicosociales y que también se trabaja con los empleados sobre cómo enfrentarlos, con el fin de prevenir o minimizar estos riesgos.

La salud laboral se ha convertido en una prioridad para los estados y las empresas, por ello cada vez hay más estudios con el fin de paliar los riesgos y sus posibles síntomas.

2 Objetivos

- Conocer los principales riesgos psicosociales a los que puede enfrentarse el auxiliar administrativo en el entorno sanitario.
- Aprender a identificar los indicadores y/o síntomas de padecer estos riesgos.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha llevado a cabo una revisión sistemática en bases de datos científicas como Scielo, Medline, Pubmed y Cochrane. Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y publicaciones, además de haber consultado artículos en la red, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

ESTRÉS LABORAL:

El estrés laboral es el riesgo psicosocial más habitual en el ámbito de trabajo. Existen distintos tipos de estrés laboral: episódico, crónico, estrés positivo y estrés negativo.

El estrés es la respuesta física o emocional a un conflicto entre las exigencias que recibimos y las capacidades que se tienen o se creen tener para desarrollar o gestionar esas exigencias o peticiones.

Los síntomas físicos que nos pueden servir de indicadores que nos alerten de que se puede padecer estrés son:

- Excesiva preocupación
- Tensión muscular
- Inquietud, nerviosismo
- Dolores de cabeza y/o articulaciones
- Aumento de la tensión arterial
- Insomnio o problemas del sueño

El estrés puede llevar a enfermedades más severas y peligrosas como por ejemplo enfermedades cardíacas, diabetes, obesidad y más enfermedades crónicas.

ACOSO LABORAL:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el acoso laboral o mobbing como el comportamiento agresivo de uno o más miembros de un equipo de trabajo hacia un individuo de dicho grupo, con el objetivo de producir miedo, desprecio o depresión en ese trabajador, hasta que renuncia o sea despedido.

Las maneras más frecuentes de acoso laboral se dan en formas como la no dar la información necesaria a la hora de realizar un trabajo o la tarea asignada, aislar del grupo a uno de los trabajadores, asignar pocas o excesivas tareas, o asignar tareas que están muy por debajo de las capacidades del trabajador, sobrecargas de trabajo, faltas de respeto... Pudiendo llegar a agresiones verbales y/o físicas.

Las consecuencias más comunes en las víctimas de mobbing o acoso laboral son: depresión, ansiedad, sentimientos de soledad, trastornos del sueño, trastornos alimenticios, inhibición social, baja autoestima.

DESGASTE PROFESIONAL. BOURNOUT:

También llamado "Síndrome del Trabajador Quemado". Es un tipo especial de estrés laboral especial, el trabajador se siente agotado física y emocionalmente,

no teniendo que existir obligatoriamente estrés propiamente dicho.

El Burnout se puede producir en un ambiente de trabajo no estresante, pero sí desmotivador e inhibe las capacidades de la persona, haciendo que incluso sea incapaz de desarrollar sus funciones en el trabajo.

VIOLENCIA LABORAL:

Según el Instituto Internacional del Trabajador (INSST) se define la violencia laboral como "toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, en la cual la persona es asaltada, amenazada, humillada o lesionada como consecuencia directa de su trabajo. Puede ser violencia física o violencia psicológica".

Las empresas deben poner en marcha una prevención de estos riesgos, empezando por hacer unos cuestionarios de riesgos psicosociales entre sus trabajadores. Poner, también, especial atención al ambiente laboral.

5 Discusión-Conclusión

El estrés laboral, burnout y acoso laboral en el ámbito sanitario son muy frecuentes, cada vez se dan con mayor frecuencia en el ambiente de trabajo. Por ello se hace necesaria una formación a todo el personal de los centros, sean sanitarios o no.

En el caso del personal auxiliar administrativo, en ocasiones, sufre estos riesgos psicosociales debido a las cargas de trabajo excesivas. En ocasiones se siente, o le hacen sentir, inferior en un entorno que está muy jerarquizado. La presión a la que se ve sometido el auxiliar administrativo es frecuentemente causa de baja laboral debido a uno de estos riesgos psicosociales.

6 Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. www.insst.es
2. "Los riesgos psicosociales en el personal administrativo". Girón Cónsul, M. I, Fernández García, R. (2011)
3. "Riesgos psicosociales, salud y autoestima en trabajadores de la salud pública". Céspedes Viciano, Francisco de Antonio. (2017)

Capítulo 647

MANEJO Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS POR PARTE DEL CELADOR

LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN

RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ

MARÍA CELIBERTI RIBERA

1 Introducción

El quirófano es la sala donde se realizan las operaciones tanto urgentes como programadas. Esta zona es muy compleja y tiene sus propios protocolos a la hora del trabajo que tienen que tener en cuenta todos los profesionales. Su equipo de trabajo lo forman un grupo multidisciplinar de profesionales entre los que se encuentra el propio celador, que será parte del personal no sanitario y no estéril, quiere decir que no estará presente en quirófano mientras se realiza la cirugía, sí que puede permanecer en el antequirófano por si es requerido en cualquier momento por los demás profesionales estériles.

El celador es el encargado de trasladar al paciente al quirófano bien desde urgencias o desde la habitación en planta, revisando que lleve la historia clínica correcta, una vez dentro, ayudará en la colocación de éste en la mesa de operaciones bajo la supervisión del personal de enfermería y anestesistas; también ayudará al lavado y preparación del paciente en casos urgentes cuando el estado de limpieza no sea adecuado. Al finalizar la cirugía, trasladarán al paciente a la sala de reanimación post-anestésica(URPA) , y de ahí, cuando lo autorice el anestesista pasará

de nuevo a su habitación llevando especialmente cuidado por si llevase sondas, bombas...

2 Objetivos

- Detallar cuáles son las funciones del celador en quirófano
- Describir las posiciones quirúrgicas más habituales en la mesa de quirófano según la intervención a realizar.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos hecho una revisión bibliográfica con la búsqueda sistemática en libros, temarios de oposición, revistas científicas y bases de datos como Medline, Dialnet en lo que hemos podido encontrar muchísima información acerca de movilizaciones y posiciones quirúrgicas por parte de los celadores.

4 Resultados

La primera función del celador de quirófano será la de recoger al paciente en su habitación, para ello la enfermera le habrá de dar su historia clínica, y llevarla junto al paciente en todo momento. A continuación lo trasladará al quirófano en camilla o en silla de ruedas, según marque el protocolo de cada hospital.

Al llegar al quirófano, ayudará al personal auxiliar a colocar al paciente en la mesa de quirófano según sea la intervención a realizar, para ello colocaremos la cama en paralelo, al mismo nivel que la mesa quirúrgica y echaremos el freno; pasaremos al paciente a la mesa en bloque para evitar cualquier lesión.

Ahora vamos a explicar las posiciones más frecuentes con las que nos podremos encontrar:

- Decúbito supino (tumbado boca arriba sobre su espalda) para intervenciones abdominales, ginecológicas, cara, cuello...
 - Trendelenburg: La cabeza más baja que los pies
 - Morastin: La cabeza más alta que los pies
 - Roser: Hombros al final de la mesa y cabeza colgando.
 - Litotomía: piernas flexionadas y separadas con los pies apoyados en la mesa
- Decúbito prono (boca abajo) para intervenciones de cráneo, columna, parte posterior del tórax...

- Kraske: cabeza y piernas quedan por debajo del nivel del sacro
- Laminectomía: los brazos se extienden hacia arriba
- Genupectoral: piernas flexionadas y brazos apoyados
- Decúbito lateral (de lado) para intervenciones de riñón, pulmón...
- Fowler (sentado) para intervenciones maxilofaciales, columna cervical...

Tenemos que tener claro que no se realizará ningún tipo de movilización del paciente ni transferencia de la mesa a la camilla o cama, sin la autorización y supervisión del médico anestesista.

Una vez terminada la intervención, el celador trasladará a la unidad de reanimación post-anestésica al paciente acompañado del médico anestesista, donde lo dejará a cargo del personal de dicha unidad entregándoles toda la documentación.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en un quirófano es de suma importancia, tiene que saber en todo momento cuáles son sus funciones, más si cabe, en esta área tan especial, puesto que aparte de las funciones generales tiene unas muy específicas.

La intervención de los celadores es tan importante como una preparación preoperatoria adecuada, ya que la colocación y movilización correcta del paciente en la mesa de quirófano es esencial para garantizar una correcta intervención.

Ante todo estamos en un área donde es muy importante el trabajo en equipo y que cada persona sea responsable de su trabajo para en conjunto mejorar el bienestar y la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.celadoresonline.blogspot.com/p/tema-14.html>
2. El celador en quirófano. Formación continuada Logoss
3. <https://essaeformacion.com/funciones-del-celador-en-el-quiroyfano>

Capítulo 648

PRINCIPALES FUNCIONES DEL MECÁNICO EN LOS SISTEMAS DE VENTILACIÓN.

ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ

RAFAEL LARA BARBERÁ

1 Introducción

El mantenimiento de un hospital debe verse como una serie de operaciones destinadas a maximizar la utilidad y accesibilidad de los sistemas esenciales, la red de distribución, los equipos y otros recursos de la instalación, utilizando prácticas y métodos que cumplan con las leyes laborales locales, los estándares ambientales y las leyes y regulaciones vigentes en ese momento, con el más alto nivel de garantía y calidad imaginable. Estos métodos de conservación y mantenimiento deben ser llevados a cabo por expertos que se dediquen únicamente a la instrucción diaria del uso que los usuarios deben comprender y aplicar.

Queremos reconocer el trabajo que están realizando los equipos de mantenimiento y los servicios de soporte porque el mantenimiento es crucial durante una pandemia.

En todas sus especialidades y tipos, las máximas garantías de calidad son posibles con condiciones sanitarias y operaciones de la estación, además, nuestras recepcionistas están siempre trabajando.

Su labor es muy significativa y prestan sus servicios en lugares como hospitales. Estos servicios se encargan de gestionar las instalaciones y la infraestructura, así como mantener actualizados los sistemas y equipos de atención electromédica. Para esta tarea utilizan personal tanto interno como externo. Ambos solicitan instrucciones sobre cómo realizar los pasos necesarios en él protegiendo al personal que debe mantener un número suficiente, reduciendo al máximo el riesgo de transmisión de esta infección.

2 Objetivos

El objetivo es determinar qué se debe hacer para mantener la infraestructura y el equipamiento de los centros de salud para que tanto el personal médico como el no médico puedan funcionar adecuadamente por el mecánico.

3 Metodología

Para este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica de toda la literatura científica. Se realizó una búsqueda exhaustiva de libros y se consultaron artículos de las tres bases de datos principales: Pubmed, Medline y Scielo. Estos artículos han sido elegidos porque son científicos y contienen información sobre el tema del estudio.

4 Resultados

Se ha determinado que además de lavar y desinfectar superficies como muebles, pisos y otros elementos, etc., el equipo de mantenimiento, que incluye mecánicos, plomeros, electricistas, etc. (Es necesario. La mascarilla ahora es una precaución necesaria que, junto con la higiene de manos y la higiene respiratoria, se recomienda su uso en espacios cerrados en época de covid cuando no se puede mantener la distancia de seguridad interpersonal. Estas pautas son fundamentales para la instalación de sistemas de aire acondicionado cuyo objetivo es evitar la entrada de virus en las gotas o partículas en suspensión e infectar a otros usuarios.

El primer paso a dar tanto para las instalaciones comunes como para los equipos electromédicos más importantes es garantizar la disponibilidad de repuestos esenciales.

Como si se tratara de la conexión eléctrica de un hospital desde dos subestaciones diferentes para asegurar el suministro en caso de que, el mecánico debe disponer de repuestos para los equipos y maquinaria más importantes.

A la hora de realizar un mantenimiento correctivo es importante no subestimar ninguna familia de equipos y darles máxima prioridad.

La actuación de los mecánicos depende del tipo y redundancia del equipo, así como de si todos los hospitales están disponibles.

Vigilando las mesas generales, grupos electrógenos y centros de transformación, es necesario asegurar una conexión entre los sistemas de ventilación y las medidas de aislamiento del grupo electrógeno, a los sistemas que allí se han implementado y al área generalmente de energía ininterrumpida. Fuentes de alimentación (UPS) y emergencia.

Los subpaneles en las áreas afectadas deben permanecer operativos y se recomienda posponer cualquier tarea que requiera un tiempo de inactividad prolongado o falta de disponibilidad del equipo, a menos que sea absolutamente necesario, poniéndolo en uso.

5 Discusión-Conclusión

Los mecánicos de los centros y otros miembros del personal de mantenimiento interno juegan un papel importante como piezas esenciales. En tales casos, además de sus deberes habituales y cualquier acción adicional resultante de los nuevos requisitos, debe ayudar con la logística, el montaje, el transporte, los traslados y otras tareas. Especialmente en áreas críticas como la Unidad, en estos entornos, se deben evitar a toda costa eventos inesperados como cortes de energía. La vida del paciente puede correr peligro si se corta la electricidad en la unidad de cuidados intensivos.

Otra cuestión importante es la eficiencia energética de los hospitales, que mejora la funcionalidad de los equipos médicos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 649

EL MECÁNICO Y LAS VALVULAS Y BOMBONAS CON PROTÓXIDO DE NITRÓGENO

ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

RAFAEL LARA BARBERÁ

JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

1 Introducción

Los anestésicos generales son un grupo de medicamentos que incluye óxido nítrico, también conocido como protóxido de nitrógeno médico.

Este medicamento se recomienda como complemento de la anestesia general en la sala de partos o en el quirófano, junto con todos los agentes anestésicos administrados por vía intravenosa o por inhalación. Este es un componente de una mezcla de oxígeno.

El óxido de nitrógeno es un gas licuado, incoloro y oxidante, con sabor y olor dulces (aunque es inodoro en altas concentraciones). Para hervir a una atmósfera, tiene dos temperaturas críticas de 36 °C y -88 °C.

En el control del almacenamiento se deben observar las siguientes reglas, según los mecánicos del hospital:.

- Deben mantenerse en contenedores en un lugar especialmente diseñado y bien ventilado.
- Los lugares donde se guarde deben estar limpios, secos, bien ventilados y desprovistos de cualquier elemento que pueda incendiarse.
- Evite aceites y grasas.
- Inspeccionarán periódicamente los contenedores para determinar su estado general y la presencia de fugas.
- Mantener distancia entre ellos y posibles gases o sustancias inflamables almacenados.
- Mantenga una distancia segura de cualquier cosa que pueda incendiarse.
- Mantenga el recipiente a 50 grados Celsius o menos.
- Proteger los contenedores de daños corrosivos.
- Evite usar fuego o humo en las áreas de almacenamiento.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es comprender el protóxido de nitrógeno y los procedimientos de mantenimiento que debe seguir el mecánico son los objetivos principales del capítulo.

3 Metodología

Para preparar este trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica de la literatura publicada y revisada por pares. Además de realizar una búsqueda exhaustiva de libros, seleccionar artículos científicos de revistas académicas revisadas por pares requería consultar importantes bases de datos de artículos.

4 Resultados

Los hospitales deben contar con protocolos para el manejo de botellas de protóxido.

- Asegúrese de que las válvulas y los reguladores, entre otros equipos, estén limpios.
 - Evite dejar caer, rodar o tirar los cilindros para evitar daños físicos porque podrían romperse.
 - No se deben quitar ni alterar las etiquetas que haya aplicado el proveedor.
- Utilice montacargas para mover cilindros.

- Espere a retirar la protección de seguridad hasta que el cilindro esté preparado para su uso.
 - Evite el uso de grasa o aceite.
 - Abra la válvula gradualmente para evitar que golpee el ariete.
 - Evitar que entre agua al recipiente por fugas.
 - Mantenga la copia de seguridad fuera del contenedor.
 - Utilice maquinaria adecuada para este producto teniendo en cuenta la presión y temperatura del suministro.
 - Infórmese sobre las pautas del proveedor para el manejo de los contenedores.
- En caso de derrame o liberación se deben tomar los siguientes pasos:.
- Transporte a los trabajadores a un área segura asegurando que haya suficiente ventilación.
 - Eliminar todas las fuentes potenciales de ignición.
 - Evite la descarga en pozos, sótanos u otros lugares donde la acumulación pueda ser peligrosa.
 - Trabaja en tus tareas. Con la intención de proteger el medio ambiente.
- . Intento de detener cualquier derrame o fuga que se haya podido producir.
- Debido a que el protóxido es un gas licuado, el mecánico del hospital podría experimentar lo siguiente:
- En caso de accidente, se deberá quitar la ropa contaminada y sumergir la zona afectada en agua durante al menos 15 minutos.
 - Si está en los ojos, recomendando enjuagarlos con agua de inmediato y continuar durante al menos 15 minutos.
 - A pesar de ser ingerido, esta circunstancia no se considera como fuente potencial de exposición.

5 Discusión-Conclusión

El óxido de nitrógeno es un gas licuado, incoloro y oxidante con sabor y olor dulces. Los gases medicinales del hospital se pueden administrar de diversas formas. La elección del gas se realizará en consulta con el proveedor de gas del hospital. El nitrógeno medicinal de Nippon Gases forma parte de un grupo de fármacos llamados anestésicos generales.

Los reemplazos y reemplazos de cilindros de protóxido requieren que el personal de mantenimiento, como el mecánico, esté minuciosamente preparado porque cualquier error podría tener graves efectos negativos en ellos y en quienes los rodean. Para evitar problemas, también deben conocer el protocolo y las medidas de seguridad del hospital.

6 Bibliografía

www.google.es

Capítulo 650

EL MECÁNICO COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y EL ARREGLO DE UNA GRÚA O ELEVADOR HOSPITALARIO

ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ

RAFAEL LARA BARBERÁ

1 Introducción

Las grúas son excelentes para ayudar a las personas con discapacidades motrices a moverse más fácilmente. Debido a esto, se han convertido en elementos cruciales en estructuras tanto en hospitales como residencias e incluso en hogares. Hacen que sea más sencillo cuidar a las personas mayores y mantener limpio su entorno, al mismo tiempo que ahorran tiempo y causan menos molestias tanto a las personas mayores como a los pacientes. Los pacientes pueden pasar de la cama a la silla de ruedas y viceversa mediante grúas diseñadas para desplazar a pacientes y personas con movilidad reducida, además permiten levantar al paciente del suelo, además de facilitar la limpieza.

A pesar de tener una capacidad de peso de 200 kg, la mayoría de las grúas sólo se compran por 150 kg.

Dada la importancia de estos dispositivos para ayudar a la movilidad de las personas, es necesario asegurarse de que estén siempre utilizables. El mecánico debe verificar la marca, el modelo y el modelo de la grúa durante la inspección inicial. Un mecánico de hospital realiza inspecciones de rutina de las grúas para buscar piezas desgastadas o rotas y las repararía reemplazándolas por otras nuevas o reajustándolas. Al hacer esto, podemos evitar problemas importantes en el futuro y garantizar siempre un rendimiento óptimo.

2 Objetivos

Comprender las grúas hospitalarias y sus fallas comunes ayudará al mecánico a repararlas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los componentes mecánicos y eléctricos de las grúas se utilizan mucho, lo que hace que algunas de sus piezas sean propensas a desgastarse.

La tasa de fallas de las grúas de transferencia y transferencia suele ser baja. La mayoría de las veces, todo lo que se necesita es reemplazar la batería. Las grúas están disponibles en dos tipos diferentes:

- Los elevadores de transferencia y elevación son la opción más adaptable para pacientes con una discapacidad más grave y movilidad restringida. La principal ventaja es que se puede levantar al paciente sin necesidad de sentarse primero. Por su destacada relación calidad-precio destacamos especialmente los modelos MedicalPro G150 y MedicalPro Mini M150.
- Las personas que tienen un poco más de movilidad, las personas enfermas, las personas mayores o las personas mayores, pero que pueden mantenerse en pie

con algo de ayuda, deben utilizar ascensores de pie. Se les conoce como "elevadores para cambiar pañales" debido a su valor en la higiene del paciente. Perfecto para trasladar a un paciente desde una silla de ruedas.

Nuestra experiencia nos han enseñado que la grúa sólo dejará de funcionar si las medidas de seguridad se presiona el mecanismo, el botón de desconexión automática roja o tiene una pérdida de potencia para la grúa evita que la grúa funcione.

2. Otra razón por la que muestra un error, aunque no hay falla, es si el cargador está conectado o no. La mayoría de las preguntas están equipadas con una característica de seguridad que les impide funcionar mientras el cable está conectado al cargador.

3. baterías de reemplazo en elevaciones de pacientes debido a la inutilidad o el envejecimiento es la tercera y última causa común de falla.

5 Discusión-Conclusión

Usar grúas en el hospital para mover a los pacientes por la casa es ventajoso tanto para el paciente como para la persona a cargo. Intentamos mantener al paciente en cuclillas todo el día para evitar el inicio de las úlceras por presión.

Debido a que las grúas son esenciales para mover pacientes, la mecánica hospitalaria con frecuencia necesita solucionarlas. Muchas de estas correcciones implican cambiar el cargador, la batería, una de las ruedas, el cuadro de control o simplemente desactivar el botón rojo. En otros casos, el motor puede fallar o el control en sí puede tener un problema.

6 Bibliografía

https://www.onlinemedical.es/gruas-para-enfermos-c-62?gclid=EAIaIQobChMIrNSYks3M_QIVU-N3Ch06uQb4EAMYAyAAEgINWvD_BwE

Capítulo 651

SECRETARIO CLÍNICO: APOYO ADMINISTRATIVO Y GESTIÓN DE AGENDAS EN CLÍNICAS Y HOSPITALES POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

LORENA DUARTE SÁNCHEZ

JORGE VARELA GUERRA

YAMILA MOHAMED MOHAMED

MARÍA DOLORES VARGAS MELLADO

MARILINI DELGADO MEJIA

1 Introducción

En el dinámico y vital entorno de la atención médica, donde la excelencia en la organización y la administración es fundamental, el papel del Secretario Clínico como auxiliar administrativo especializado cobra una relevancia extraordinaria. En clínicas y hospitales, donde la sincronización precisa de actividades y recursos es esencial, el Secretario Clínico emerge como una figura crucial en la gestión eficiente de tareas administrativas y la coordinación efectiva de agendas.

En esencia, el Secretario Clínico se erige como el eje central que impulsa la maquinaria administrativa de una institución de atención médica. Su labor abarca mucho más que simples tareas administrativas; se extiende hacia la coordinación estratégica y el equilibrio delicado entre la demanda de servicios médicos y la disponibilidad de profesionales de la salud. Desde la perspectiva de los pacientes, el Secretario Clínico es a menudo el primer punto de contacto, responsable de recibir y gestionar las solicitudes de citas médicas y canalizarlas adecuadamente para garantizar una atención oportuna y personalizada.

La tarea de gestionar las agendas de médicos y especialistas representa uno de los desafíos más relevantes y complejos de este rol. El Secretario Clínico debe navegar por un laberinto de horarios variables, prioridades médicas y disponibilidades cambiantes para asegurarse de que cada paciente sea atendido de manera eficiente y sin demoras innecesarias. Esta labor exige habilidades excepcionales de organización, comunicación y toma de decisiones para optimizar el tiempo de los profesionales médicos y, al mismo tiempo, garantizar que cada paciente reciba la atención requerida.

Además de la gestión de agendas, el Secretario Clínico también desempeña un papel vital en la administración de registros médicos y la documentación precisa. La capacidad de mantener un registro meticuloso de citas, procedimientos y seguimientos médicos es esencial para mantener la coherencia en la atención y asegurar que todos los detalles clínicos estén al alcance cuando se necesiten.

El Secretario Clínico ejemplifica el engranaje esencial que mantiene en movimiento la maquinaria operativa de clínicas y hospitales. Su dedicación a las tareas administrativas, la gestión de agendas y la coordinación de recursos no solo optimiza el funcionamiento interno, sino que también impacta directamente en la calidad de la atención que los pacientes reciben. Con una combinación de habilidades administrativas, destrezas de comunicación y un compromiso inquebrantable con la excelencia, el Secretario Clínico emerge como un pilar indispensable en la búsqueda de la eficiencia y la calidad en la atención médica contemporánea.

2 Objetivos

- Brindar una comprensión clara y completa de lo que implica el rol de Secretario Clínico.
- Destacar la relevancia vital del papel del Secretario Clínico en la operación efi-

ciente de clínicas y 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 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 Secretario Clínico es un profesional encargado de brindar apoyo administrativo y gestionar agendas en clínicas y hospitales. Trabaja en colaboración con el personal médico y administrativo para asegurar el funcionamiento eficiente de la institución de salud. Algunas de las responsabilidades y funciones asociadas con el rol de Secretario Clínico incluyen:

1. Gestión de Agendas: Programar citas médicas y procedimientos para los pacientes de acuerdo con la disponibilidad del personal médico y las instalaciones.
2. Coordinación: Comunicarse con los médicos, enfermeras y otros profesionales de salud para organizar horarios y asegurarse de que se cumplan todas las citas programadas.
3. Recepción y Atención al Paciente: Recibir y orientar a los pacientes en la clínica u hospital, proporcionando información sobre los procedimientos y tiempos de espera.
4. Registro de Información: Mantener registros precisos de las citas programadas, reprogramaciones y cancelaciones, así como actualizar los datos de los pacientes en el sistema.
5. Manejo de Documentación: Preparar y archivar expedientes médicos, formularios de consentimiento y otra documentación relevante.
6. Comunicación: Responder llamadas telefónicas, correos electrónicos y consultas en persona, proporcionando información básica sobre los servicios y las citas.

7. Facturación y Cobros: Ayudar en la facturación de los servicios médicos proporcionados a los pacientes, así como en el seguimiento de los pagos pendientes.
8. Colaboración Interdepartamental: Trabajar con otros departamentos, como el departamento de facturación, el departamento médico y el departamento de recursos humanos, para garantizar una comunicación fluida y eficiente.
9. Mantenimiento de Suministros: Gestionar el inventario de suministros de oficina y materiales médicos necesarios para el funcionamiento diario.
10. Confidencialidad y Ética: Manejar información confidencial de pacientes y seguir los protocolos de privacidad y ética en el manejo de la información médica.
11. Resolución de Problemas: Abordar problemas o preocupaciones de los pacientes en relación con las citas, coordinación y otros aspectos administrativos.
12. Apoyo Administrativo: Realizar tareas administrativas generales, como la preparación de informes, la elaboración de correspondencia y la organización de reuniones.

El rol de Secretario Clínico es fundamental para garantizar que la operación de una clínica u hospital se realice de manera efectiva y eficiente. Requiere habilidades de organización, comunicación efectiva y capacidad para trabajar en un entorno médico dinámico.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el Secretario Clínico desempeña un papel esencial en el entorno de clínicas y hospitales al proporcionar un apoyo administrativo crucial y gestionar eficientemente las agendas de citas. Su labor de coordinación, comunicación y manejo de información contribuye a un flujo de trabajo fluido y a una atención de calidad para los pacientes. Además de las tareas administrativas, su capacidad para mantener la confidencialidad y actuar éticamente en el manejo de información médica demuestra su compromiso con la integridad. En última instancia, el rol del Secretario Clínico es fundamental para mantener el funcionamiento eficiente y la organización de establecimientos de atención médica, asegurando una experiencia positiva tanto para el personal médico como para los pacientes.

6 Bibliografía

1. "Secretariado Médico y Documentación Sanitaria" por Instituto Técnico de Estudios Profesionales (ITEP).
2. "Gestión Administrativa en Centros Sanitarios" por Esther Samaniego Fernández y Natividad López-Brea González.
3. "Manual de Secretariado Médico" por Carles Martínez Balsells.
4. "Secretariado Médico" por María José Calvo Prieto y Montserrat Guerra Montalbán.

Capítulo 652

ORGANIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y DOCUMENTACIÓN POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

LORENA DUARTE SÁNCHEZ

JORGE VARELA GUERRA

YAMILA MOHAMED MOHAMED

MARÍA DOLORES VARGAS MELLADO

MARILINI DELGADO MEJIA

1 Introducción

La organización y mantenimiento de registros médicos y documentación es una función esencial desempeñada por el auxiliar administrativo en entornos médicos y de salud. Este rol desempeña un papel crucial en la gestión eficiente y precisa de la información médica, garantizando la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los registros para un cuidado de calidad y cumplimiento normativo.

En este contexto, los auxiliares administrativos se convierten en pilares fundamentales al encargarse de recopilar, registrar y mantener actualizados los datos médicos de los pacientes, así como de gestionar la documentación relacionada

con tratamientos, diagnósticos, procedimientos y seguimientos. Además, tienen la responsabilidad de implementar sistemas de archivo efectivos, asegurando que los registros puedan ser recuperados de manera rápida y precisa cuando sea necesario.

La confidencialidad es una consideración primordial en este ámbito, ya que los auxiliares administrativos deben adherirse a estrictas normativas de protección de datos, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) en Estados Unidos u otras leyes similares en diferentes países. Esto implica manejar la información sensible de los pacientes con profesionalismo y cuidado, y garantizar que solo el personal autorizado tenga acceso a dicha información.

En este trabajo, exploraremos la importancia del rol del auxiliar administrativo en la organización y mantenimiento de registros médicos y documentación, así como las competencias necesarias para llevar a cabo estas tareas de manera efectiva y precisa. Asimismo, examinaremos cómo los avances tecnológicos han transformado la gestión de registros médicos y cómo los auxiliares administrativos pueden adaptarse a estas evoluciones para desempeñar su función de manera óptima.

2 Objetivos

- Reconocer la relevancia crítica de una gestión adecuada de registros médicos y documentación en la prestación de atención médica de calidad y en el cumplimiento de regulaciones y normativas legales.
- Resaltar la necesidad de mantener la confidencialidad y privacidad de la información médica y cómo los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental en este aspecto crucial.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha hecho una búsqueda bibliográfica en bases de datos como SCielo o PubMed y en plataformas de internet. Se han extraído los datos más importantes y desechado los menos relevantes, mediante revisión y se ha redactado el documento en el campo de Resultados.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos en el campo de la salud desempeñan un papel fundamental en la gestión y conservación de los registros médicos y la documentación. Esto implica varias tareas importantes:

1. **Ingreso de Datos:** Los auxiliares administrativos son responsables de ingresar la información médica de los pacientes en sistemas electrónicos o físicos de registro. Esto incluye detalles personales, historias clínicas, diagnósticos, tratamientos y cualquier otra información relevante.
2. **Organización Física y Electrónica:** Estos profesionales se aseguran de que los registros médicos estén organizados de manera lógica y accesible. En entornos electrónicos, pueden crear sistemas de carpetas y etiquetas para clasificar los documentos. En registros físicos, pueden establecer sistemas de archivo que permitan encontrar fácilmente la información cuando sea necesario.
3. **Mantenimiento de Actualizaciones:** Los auxiliares administrativos deben garantizar que los registros estén actualizados. Esto significa que deben ingresar cualquier cambio en el diagnóstico, tratamientos o medicamentos, asegurando que la información más reciente esté disponible para los profesionales de la salud.
4. **Confidencialidad y Privacidad:** Mantener la confidencialidad de la información médica es crucial. Los auxiliares administrativos deben cumplir con las regulaciones y leyes de privacidad, como la HIPAA, para asegurarse de que solo las personas autorizadas tengan acceso a la información médica.
5. **Eliminación Adecuada:** En algunos casos, los registros médicos antiguos pueden necesitar ser eliminados siguiendo las normativas legales. Los auxiliares administrativos deben asegurarse de que esta eliminación se realice de manera segura y respetando las regulaciones.
6. **Auditoría y Control de Calidad:** Pueden llevar a cabo auditorías periódicas para verificar la integridad y precisión de los registros. Esto ayuda a detectar posibles errores y asegurar que los registros estén completos y correctos.
7. **Colaboración con el Personal Médico:** Trabajan en estrecha colaboración con médicos y personal clínico para garantizar que tengan acceso a la información necesaria para brindar atención de calidad. También pueden ayudar a preparar la documentación necesaria para procedimientos médicos y cirugías.

8. Respuesta a Solicitudes de Información: Cuando otros profesionales de la salud o pacientes solicitan información específica de los registros, los auxiliares administrativos pueden recopilar y proporcionar la documentación necesaria de manera oportuna.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los auxiliares administrativos desempeñan un papel esencial en la organización y mantenimiento de registros médicos y documentación en entornos de atención médica. A través de tareas como el ingreso preciso de datos, la organización eficiente de registros físicos y electrónicos, la actualización constante de la información y la garantía de confidencialidad, estos profesionales contribuyen significativamente a la calidad de la atención al paciente y al funcionamiento eficiente de las instalaciones médicas. Al colaborar estrechamente con el personal clínico y asegurar que la información esté disponible y precisa, los auxiliares administrativos desempeñan un papel vital en la administración efectiva de la atención médica.

6 Bibliografía

1. "Gestión de la documentación sanitaria" por José Manuel Álvarez Blanco.
2. "Documentación sanitaria y sistemas de información clínica" por M^a José Amante García y otros.
3. "Gestión de la Información en Enfermería y Documentación Clínica" por María Jesús Paredes Sánchez y otros.
4. "Documentación sanitaria y archivo" por María Concepción Sanz Villarroya.

Capítulo 653

ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE PÓLIZAS DE SEGUROS MÉDICOS

MARÍA ESTHER VAELLO PAÑOS

TERESA BLANCO ROMERO

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA

MARIA DEL MAR PALENCIA RICO

BELÉN LOSA MARTÍNEZ

1 Introducción

En el entramado de la industria de seguros médicos, el papel del auxiliar administrativo en la gestión de pólizas adquiere una relevancia indiscutible. En un mundo donde el acceso a la atención médica de calidad y la protección financiera ante contingencias médicas son imperativos, estos profesionales ejercen una influencia sustancial al asegurarse de que las pólizas de seguros médicos sean gestionadas de manera eficiente y precisa.

En esencia, el auxiliar administrativo en la gestión de pólizas de seguros médicos actúa como un enlace vital entre los beneficiarios, las compañías de seguros y los proveedores de atención médica. Este rol va más allá de la mera administración de documentos; implica un compromiso constante con la claridad, la exactitud y la empatía en todas las etapas del proceso. Desde la creación inicial de la póliza

hasta la resolución de reclamaciones, estos profesionales desempeñan un papel esencial en la creación de una experiencia integral y satisfactoria para los asegurados.

Una de las principales responsabilidades de los auxiliares administrativos es garantizar que los detalles de las pólizas sean claros y comprensibles para los asegurados. Esto implica la comunicación efectiva de los beneficios, las limitaciones y los términos de la cobertura. Además, estos profesionales están a disposición para aclarar cualquier duda que los asegurados puedan tener sobre su póliza, lo que contribuye en gran medida a la tranquilidad y la confianza de los clientes en su cobertura médica.

En lo que respecta a la interacción con los proveedores de atención médica, los auxiliares administrativos desempeñan un papel clave al asegurarse de que las facturaciones y los reclamos se gestionen correctamente. Esta tarea implica verificar que los servicios prestados estén alineados con los términos de la póliza y que los procedimientos de facturación se ajusten a los protocolos establecidos. Al facilitar una comunicación clara entre los proveedores y las compañías de seguros, estos profesionales contribuyen directamente a la fluidez y la precisión de los procesos de reclamación, lo que a su vez beneficia a los asegurados al reducir posibles demoras y confusiones.

En resumen, el rol del auxiliar administrativo en la gestión de pólizas de seguros médicos es fundamental para la armonización de la atención médica y la seguridad financiera. Al desempeñar un papel activo en la creación, el mantenimiento y la gestión de las pólizas, estos profesionales garantizan que los asegurados tengan acceso a una atención médica de calidad mientras se protegen de los posibles desafíos económicos asociados. Su labor trasciende lo administrativo y se convierte en un factor vital para el bienestar y la tranquilidad de los individuos y sus familias en lo que respecta a su salud y seguridad financiera.

2 Objetivos

- Comprender de manera clara y concisa el papel crucial que desempeña un auxiliar administrativo en la gestión de pólizas de seguros médicos.
- Mostrar la importancia significativa del rol del auxiliar administrativo en la protección de la salud y la seguridad financiera de los individuos y sus familias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en la revisión bibliográfica sobre sistemas de alimentación ininterumpida, consultando las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos de Google y escogiendo aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El rol del auxiliar administrativo en la gestión de pólizas de seguros médicos implica una serie de responsabilidades y tareas importantes para asegurar un proceso eficiente en la administración de estas pólizas. Algunas de estas responsabilidades incluyen:

1. Registro y actualización de información: El auxiliar administrativo es responsable de registrar con precisión los datos de asegurados y beneficiarios en el sistema, y de mantener esta información actualizada en caso de cambios.
2. Manejo de documentación: Esto implica recibir, organizar y archivar documentos relacionados con las pólizas, como solicitudes de asegurados y formularios de reclamación.
3. Procesamiento de reclamaciones: El auxiliar administrativo puede participar en la evaluación y procesamiento de reclamaciones de asegurados, verificando la documentación y coordinando con proveedores de servicios de salud.
4. Atención al cliente: Brindar respuestas a consultas y proporcionar información a los asegurados sobre coberturas, procedimientos de reclamación y otros aspectos.
5. Coordinación con proveedores de servicios de salud: El auxiliar administrativo actúa como intermediario entre asegurados y proveedores de atención médica, coordinando citas y autorizaciones previas.
6. Generación de reportes: Preparar informes sobre la utilización de pólizas, reclamaciones procesadas y tendencias para la toma de decisiones.
7. Mantenimiento de registros financieros: Llevar registro de pagos de primas, cobros y otros aspectos financieros relacionados con las pólizas.
8. Comunicación interna: Colaborar con diferentes departamentos, como ventas o legal, para asegurar un flujo coherente de información.
9. Resolución de problemas: Ayudar a resolver problemas y preocupaciones de asegurados en relación con cobertura y facturación.

10. Confidencialidad: Dado que maneja información sensible, es esencial mantener la confidencialidad y cumplir con regulaciones de protección de datos. En resumen, el rol del Auxiliar Administrativo en la gestión de pólizas de seguros médicos abarca una variedad de tareas relacionadas con la administración eficiente de las pólizas y la atención a los asegurados, contribuyendo al éxito de la operación de seguros médicos.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se constata que el rol del auxiliar administrativo en la gestión de pólizas de seguros médicos es esencial para mantener un proceso fluido y eficiente en la administración de estas pólizas.

Su labor abarca desde el registro y actualización precisa de información hasta el procesamiento de reclamaciones, la atención al cliente y la coordinación con proveedores de servicios de salud. Además, su contribución en la generación de reportes, el mantenimiento de registros financieros y la resolución de problemas demuestra su importancia en la operación global de seguros médicos.

La capacidad de mantener la confidencialidad y la adherencia a regulaciones de protección de datos también subrayan la responsabilidad crucial de este rol. En última instancia, el Auxiliar Administrativo desempeña un papel fundamental al garantizar que los asegurados reciban el servicio y la atención necesarios, contribuyendo al éxito y la reputación de la empresa de seguros médicos.

6 Bibliografía

1. Seguros y Reaseguros: Gestión y Comercialización. De Rafael Muñoz de Bustillo y Llorente.
2. Manual de Seguros. De José Pérez Chiscano.
3. Introducción a los Seguros. De Gustavo Chávez.

Capítulo 654

LA LEY 41/2002, DE 14 DE NOVIEMBRE, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA: LA HISTORIA CLÍNICA. GESTION DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARÍA ESTHER VAELLO PAÑOS

TERESA BLANCO ROMERO

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA

MARIA DEL MAR PALENCIA RICO

BELÉN LOSA MARTÍNEZ

1 Introducción

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, constituye un hito fundamental en el ámbito de la regulación de la autonomía de información y documentación clínica en el contexto de la historia clínica en el sistema sanitario. Esta legislación, también conocida como "Ley de Autonomía de Información y Documentación Clínica", establece un marco jurídico detallado y preciso para la gestión y manejo de la información médica de los pacientes en España.

En particular, la ley se centra en la protección y garantía de los derechos de los pacientes en lo que respecta a la confidencialidad, el acceso y la conservación de su información médica. Esto cobra especial relevancia en un entorno en el que la correcta gestión de la información clínica es esencial para asegurar la calidad de la atención sanitaria y la continuidad de los tratamientos.

En este contexto, el papel del auxiliar administrativo adquiere una importancia crucial. Como parte del equipo médico-administrativo, el auxiliar administrativo desempeña un rol vital en la correcta organización, registro y archivo de la documentación clínica de los pacientes. La comprensión de los principios y requisitos establecidos por la Ley 41/2002 es esencial para que el auxiliar administrativo pueda contribuir eficazmente a la gestión de la información clínica y garantizar el cumplimiento de los derechos de los pacientes.

En este trabajo, exploraremos los aspectos clave de la Ley 41/2002 y su impacto en la labor del auxiliar administrativo en la gestión de la información y documentación clínica, destacando la importancia de mantener altos estándares de confidencialidad, accesibilidad y conservación de los registros médicos.

2 Objetivos

1. Garantizar que el auxiliar administrativo sea capaz de administrar y gestionar de manera eficiente las historias clínicas de los pacientes de acuerdo con los principios y regulaciones establecidos en la Ley 41/2002, asegurando la disponibilidad y accesibilidad adecuada a la información médica.
2. Asegurar que el auxiliar administrativo comprenda la importancia de mantener la confidencialidad y la protección de datos personales y médicos de los pacientes, siguiendo los protocolos y procedimientos establecidos en la ley, y evitando cualquier tipo de divulgación no autorizada.

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

Aquí mostramos información sobre la función del auxiliar administrativo en relación con la Ley 41/2002 y la gestión de la información y documentación clínica:

1. Registro y Actualización de Historias Clínicas: el auxiliar administrativo es responsable de recibir, registrar y actualizar las historias clínicas de los pacientes de manera precisa y completa. Esto implica asegurarse de que la información médica se registre correctamente, incluyendo datos de diagnóstico, tratamientos, procedimientos y evolución del paciente.
2. Mantenimiento de la Confidencialidad: la Ley 41/2002 resalta la importancia de mantener la confidencialidad de la información clínica. El auxiliar administrativo debe garantizar que solo las personas autorizadas tengan acceso a la información médica de los pacientes y que se sigan los protocolos adecuados para prevenir filtraciones de información sensible.
3. Gestión de Solicitudes de Acceso a la Información: la ley establece el derecho de los pacientes a acceder a su información médica. Los auxiliares administrativos pueden ser responsables de recibir y procesar las solicitudes de acceso, asegurando que se cumplan los plazos y requisitos legales. Esto puede incluir la preparación de la documentación solicitada y la coordinación con el personal médico.
4. Conservación y Archivo de Documentación: la Ley 41/2002 establece plazos específicos para la conservación de la información clínica. El auxiliar administrativo debe asegurarse de que los registros médicos se archiven de manera adecuada y cumplan con los requisitos de conservación establecidos en la ley. Esto puede incluir la organización de archivos físicos y digitales.
5. Colaboración con el Personal Médico: los auxiliares administrativos trabajan en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería. Deben estar familiarizados con los procedimientos y terminología médica para garantizar la precisión en la documentación y comprender las necesidades de información del personal clínico.
6. Formación y Actualización: dada la importancia de cumplir con la Ley 41/2002, el auxiliar administrativo puede requerir formación continua sobre los aspectos legales y técnicos de la gestión de la información clínica. Esto asegura que estén al tanto de los cambios en la legislación y puedan aplicar las mejores prácticas

en su trabajo diario.

7. Protección de Datos Personales: la ley también tiene en cuenta la protección de los datos personales de los pacientes. El auxiliar administrativo debe cumplir con las normativas de privacidad y seguridad de datos al manejar la información clínica y asegurarse de que se implementen las medidas adecuadas para prevenir el acceso no autorizado.

En resumen, el auxiliar administrativo desempeña un rol esencial en la gestión de la información y documentación clínica de acuerdo con la Ley 41/2002. Su trabajo contribuye a mantener la integridad de los registros médicos, salvaguardar la confidencialidad de la información y garantizar el cumplimiento de los derechos de los pacientes en materia de acceso y privacidad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un rol fundamental en la recopilación, custodia y organización de la información médica y clínica de los pacientes. Esto implica la responsabilidad de asegurar la correcta archivación y registro de los datos, respetando las normativas de privacidad y confidencialidad que rigen la información de salud. Además, el auxiliar administrativo puede colaborar en la coordinación de citas médicas, el seguimiento de tratamientos y la gestión de expedientes clínicos, contribuyendo así a una atención sanitaria eficiente y de calidad.

El cumplimiento de las disposiciones de la Ley 41/2002 es fundamental para garantizar la integridad, accesibilidad y seguridad de la información clínica. El auxiliar administrativo, al asegurar la adecuada implementación de los procedimientos administrativos y tecnológicos requeridos por la ley, desempeña un rol esencial en la prevención de errores, la reducción de riesgos y la promoción de la transparencia en el manejo de los registros médicos.

Finalmente, el auxiliar administrativo tiene la responsabilidad de ser un agente clave en la gestión de la información clínica, contribuyendo a la eficacia, legalidad y calidad de los procesos relacionados con la historia clínica de los pacientes, de acuerdo con los principios y directrices establecidos por la Ley 41/2002. Su labor permite una colaboración efectiva entre el personal de salud y el equipo administrativo para garantizar la adecuada atención y el respeto de los derechos de los pacientes en el contexto médico.

6 Bibliografía

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

Capítulo 655

IMPACTO DE LA TELEMEDICINA EN LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS DE AUXILIARES EN SALUD.

MARÍA ESTHER VAELLO PAÑOS

TERESA BLANCO ROMERO

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA

MARIA DEL MAR PALENCIA RICO

BELÉN LOSA MARTÍNEZ

1 Introducción

En las últimas décadas, la telemedicina ha irrumpido en el campo de la atención médica como una innovación disruptiva, redefiniendo la forma en que los servicios de salud son concebidos, entregados y gestionados. Esta modalidad de atención a distancia ha tenido un impacto profundo y multifacético en diversos aspectos del sistema de salud, y uno de los ámbitos donde su influencia es más evidente es en las tareas administrativas desempeñadas por los auxiliares en salud.

La telemedicina implica la utilización de tecnologías de la información y la comunicación para facilitar la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes, superando las barreras geográficas y permitiendo la provisión de atención médica de manera remota. Este enfoque ha transformado significativamente la manera en que se llevan a cabo diversas funciones administrativas en el sector de la salud.

En el contexto de los auxiliares en salud, que desempeñan un papel crucial en el soporte y coordinación de la atención médica, la telemedicina ha generado un cambio paradigmático en la ejecución de sus tareas cotidianas. Anteriormente centradas en la interacción presencial y la gestión física de documentos, estas tareas han evolucionado hacia un entorno digitalizado en el que la comunicación electrónica, la recolección de datos en línea y la coordinación virtual juegan un papel central.

Las ventajas de esta transformación son palpables. La telemedicina ha permitido a los auxiliares en salud ampliar su alcance y eficiencia al comunicarse con pacientes y colegas de manera virtual, agilizando procesos como la programación de citas, el seguimiento de tratamientos y la obtención de resultados de exámenes médicos. Además, la digitalización de registros y la implementación de sistemas de gestión electrónica han simplificado la administración de la información médica, reduciendo errores y optimizando el flujo de datos.

No obstante, junto con estas ventajas surgen desafíos y consideraciones críticas. La seguridad y privacidad de la información del paciente se vuelven aún más esenciales en un entorno digital, requiriendo medidas robustas para garantizar la confidencialidad y el cumplimiento normativo. Además, la transición a un enfoque más tecnológico exige a los auxiliares en salud adquirir nuevas habilidades digitales y adaptarse a las plataformas tecnológicas, lo que puede requerir capacitación adicional.

2 Objetivos

El objetivo principal es proporcionar al lector un entendimiento claro y completo de cómo la telemedicina ha transformado las tareas administrativas de los auxiliares en salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en la revisión bibliográfica sobre sistemas de alimentación ininterumpida, consultando las principales bases de datos seleccionando artículos en Google, y escogiendo aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La telemedicina es el uso de tecnologías de comunicación para proporcionar atención médica a distancia. Ha tenido un impacto significativo en la industria de la salud al brindar la oportunidad de realizar consultas médicas y de salud a través de plataformas en línea, videoconferencias y aplicaciones móviles. En términos de las tareas administrativas de los auxiliares en salud, la telemedicina puede haber tenido varios efectos:

1. Agilización de procesos: La telemedicina puede haber simplificado y agilizado muchos procesos administrativos, como la programación de citas, el seguimiento de pacientes y la gestión de historias clínicas electrónicas. Esto podría haber reducido la necesidad de tareas administrativas manuales y repetitivas.
2. Menos necesidad de trabajo en el lugar físico: La telemedicina permite a los auxiliares en salud realizar muchas de sus tareas desde ubicaciones remotas. Esto podría haber reducido la necesidad de estar físicamente presente en la clínica u hospital, lo que a su vez podría haber afectado la forma en que se gestionan los documentos y la comunicación con los pacientes.
3. ****Mayor enfoque en la tecnología y la seguridad de datos****: La implementación de la telemedicina probablemente habría requerido una mayor capacitación en tecnología para los auxiliares en salud, así como una mayor conciencia sobre la seguridad de los datos médicos y personales de los pacientes.
4. Cambios en la comunicación con los pacientes: La comunicación con los pacientes a través de plataformas de telemedicina podría haber requerido una adaptación en las habilidades de comunicación de los auxiliares en salud, ya que la interacción a través de videoconferencias y mensajes en línea puede ser diferente a la comunicación en persona.
5. Desafíos regulatorios y legales: La telemedicina podría haber introducido nuevos desafíos legales y regulatorios en términos de privacidad de datos, licencias médicas y cumplimiento de regulaciones médicas.
6. Nuevas oportunidades laborales : La creciente adopción de la telemedicina podría haber abierto nuevas oportunidades laborales para los auxiliares en salud en áreas como la teleasistencia, la gestión de registros electrónicos de salud y el soporte técnico en plataformas de telemedicina.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la implementación de la telemedicina ha tenido un impacto significativo en las tareas administrativas de los auxiliares en salud. Ha agilizado procesos, requerido adaptación tecnológica, cambiado la forma de comunicarse con pacientes y colegas, ofrecido flexibilidad laboral y creado nuevas oportunidades. Sin embargo, también ha planteado desafíos en términos de seguridad de datos y privacidad. A medida que la telemedicina sigue evolucionando, es crucial que los auxiliares en salud continúen adaptándose, actualizando sus habilidades y manteniéndose informados sobre las regulaciones y mejores prácticas. El equilibrio entre los beneficios de eficiencia y accesibilidad y la necesidad de mantener altos estándares de atención y seguridad será fundamental para el futuro de la telemedicina en relación con las tareas administrativas en el campo de la salud.

6 Bibliografía

1. Gérvas, J., & Pérez Fernández, M. (2018). El paciente "conectado": El impacto de Internet y las redes sociales en la medicina y la salud. Catarata.
2. Mayol, J. (2019). Salud Conectada: Cómo los dispositivos móviles, wearables e Internet de las cosas están transformando la medicina. Plataforma Editorial.
3. García Rojas, A. M., Castillo Segovia, O., & Valdés Cuervo, A. A. (2020). Telemedicina en tiempos de COVID-19: situación actual y perspectivas. Revista Cubana de Informática Médica, 12(1), 1-13.

Capítulo 656

EL TRATO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON EL USUARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

JUAN BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA

GEMA MORALES GÓMEZ

ULISES ROMERO VERGARA

GLORIA HERNANDEZ TOMAS

FRANCISCA BOTIJA GARRIDO

1 Introducción

El técnico de auxiliar administrativo es el encargado de desarrollar todas las actividades relativas a los servicios administrativos del Centro de atención primaria y por ende las diferentes tareas administrativas que se ofrezcan en los servicios de los Centros de Atención Primaria.

Lo más importante de todo es no olvidar que el técnico auxiliar administrativo es el primer contacto que tienen los pacientes de los servicios sanitarios, la cara del sistema. Por lo tanto, va a ser su actitud y su comportamiento de cara a los pacientes lo que condicionará en gran medida la satisfacción del paciente, la debilitación del trabajo de los profesionales de dicha Unidad y la imagen que del servicio tenga el paciente.

Es prioritario destacar que para la realización de todas las tareas que tienen que desarrollar, el trato amable y la paciencia son las herramientas más importantes e imprescindibles. Aun así, lo más difícil va a ser conseguir la organización de las necesidades de los demás profesionales del Centro con las de los pacientes, sin que en el desarrollo de esta tarea se transforme en un obstáculo para ninguno de ellos. Manteniendo siempre presente que su función principal es la de atender y ayudar todo lo que esté en su mano a las peticiones de los usuarios.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de coordinar con el resto de los profesionales que componen los diferentes servicios ofrecidos en dicho centro, para su correcto funcionamiento.
- Explicar las funciones del auxiliar administrativo con respecto al usuario 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 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 importancia que tiene dentro del organigrama organizativo del Centro de atención primaria el personal auxiliar administrativo es a menudo desconocida por los usuarios de dicho centro, incluso por parte de algunos de los profesionales de ese mismo centro.

Desempeñan una gran cantidad de tareas administrativas, algunas con mayor y otras con menor actividad en el día a día del centro.

Cita previa.

Recogida de domicilios.

Apertura de historia clínica a los nuevos usuarios.

Gestión de historias clínicas.

Información al paciente.

Gestión de médico a los pacientes (asignación, cambio de médico).

Gestión de tarjeta sanitaria.

Registro de asignaciones médicas.

Archivo de documentos.

Estadísticas.

Gestión de suministros.

Reclamaciones.

Etc.

COMUNICACIÓN INICIAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON EL PACIENTE

Como he comentado anteriormente, es la primera toma de contacto del paciente con su Centro de atención primaria, el cual puede producirse vía telefónica o bien personalmente en dicho centro, con la intención de solicitar una gran variedad de servicios:

Solicitar cita previa (personal en dicho centro o a domicilio).

Información.

Urgencia médica.

Algún tipo de solicitud administrativa (tarjeta sanitaria, asignación o cambio de médico, solicitud de desplazado, etc.).

Etc.

En situaciones de urgencia, suele darse con frecuencia un alto grado de ansiedad por parte del usuario de dicho servicio, es importante ser capaz de captar el grado de ansiedad, intentando por medio de una serie de acciones de tratar de calmar en la mayor medida posible al usuario:

Usando un tono de voz suave.

Hablar con un volumen bajo.

Su ubicación, con el fin de enviar la ayuda necesaria.

Explicar los medios y acciones que se ponen en marcha para solucionar el problema.

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Siempre que el auxiliar administrativo traslade información al usuario de atención primaria se debe tener en cuenta.

El tener la información a nuestro alcance.

Conocer perfectamente dicha información.

Resumir y repetir lo más importante.

Hablar claramente y en un tono tranquilo.

Hacer hincapié en las cuestiones más importantes.

Y en caso de no saber cómo solucionar la duda del paciente, hacer las gestiones necesarias para poder orientarle en cómo solucionar su problema. Dado el caso que no sea posible dar una respuesta inmediata, indicarle que una vez tenga la respuesta a su duda se le informará vía telefónica.

5 Discusión-Conclusión

Sin lugar a dudas, el técnico auxiliar administrativo es parte fundamental en el buen funcionamiento del Centro de atención primaria. Como primera cara visible del centro en su relación directa con el paciente, depende en gran medida que este se lleve una buena impresión y por ende se encuentre satisfecho con la atención prestada.

Es importante que sea capaz de llevar a cabo su relación con el paciente con empatía, tratando siempre de atender sus dudas o problemas.

Gestionar con eficacia todas y cada una de sus tareas administrativas, para conseguir que el resto de profesionales puedan desarrollar su trabajo de la mejor manera posible, de forma organizada. Y contar evidentemente también con su apoyo y facilitarle en la medida de lo posible su trabajo.

El buen desarrollo del trabajo en cuanto a la organización de las citas previas, recogida de avisos a domicilio, gestión de cambio de médico, avisos de urgencias, son de vital importancia para el funcionamiento del centro de atención primaria. Así como todo lo relacionado con el paciente, información clara y concisa, gestión de médico, o trámites como la tarjeta sanitaria, desplazados, etc. Ayudan en gran medida a los usuarios de estos servicios.

6 Bibliografía

<https://orionformacion.com/>

<https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-atencion-primaria/>

<https://congresosicepa.com/auxiliar-administrativo-funcion-atencion-paciente/>

<https://www.formacioncarpediem.com/blog/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario/>

Capítulo 657

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA CALIDAD EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

JUAN BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA

GEMA MORALES GÓMEZ

ULISES ROMERO VERGARA

GLORIA HERNANDEZ TOMAS

FRANCISCA BOTIJA GARRIDO

1 Introducción

En los últimos tiempos ha ido creciendo en importancia dentro del campo de las prestaciones asistenciales, todo lo relativo a la mejora en calidad, en un conocimiento más profundo, su mejora y una planificación de un nivel de calidad mejor. Tanto en el ámbito de los profesionales, de los gestores y de los técnicos auxiliares administrativos que componen los servicios sanitarios.

Una mejora en la calidad también demandada por los usuarios de estos servicios. Es necesaria una correcta evaluación de la calidad para poder mejorar su nivel, con el fin de detectar y subsanar una serie de posibles problemas que repercuten en que esa calidad baje (profesionales insatisfechos, un rendimiento inadecuado, falta de motivación, una coordinación y formación defectuosa de los profesionales, tanto sanitarios como personal administrativo)

La mejora de la calidad en la relación de los usuarios con los auxiliares administrativos, una coordinación adecuada entre ambos, nos permitirá un mejor acceso a los diferentes servicios y una mejor relación del técnico auxiliar administrativo con el usuario de dicho servicio.

El exceso de burocracia y una mala gestión de los recursos humanos repercuten negativamente en la calidad del servicio.

Para dar a los usuarios y/o pacientes un servicio sanitario y administrativo óptimo es necesaria una serie de programas de garantía de la calidad, junto con una planificación de la misma, con el fin de obtener una herramienta útil para resolver los problemas y corregir las posibles deficiencias de la práctica sanitaria y/o administrativa.

2 Objetivos

Explicar las funciones del auxiliar administrativo para mantener la calidad de las instituciones sanitarias.

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

¿Qué entendemos por la calidad asistencial?, diferentes autores la definen como “la satisfacción de las necesidades y aspiraciones de los pacientes”, ya sean reales o percibidas, aplicando el menor consumo de recursos posibles. Otros la entienden como las actividades que se realizan con el fin de garantizar unas prestaciones óptimas, que conlleven poco riesgo para los pacientes, y que tengan presentes los recursos de que se disponen, consiguiendo la satisfacción del paciente. Es decir, la calidad asistencial lo que intenta es desarrollar una cultura en la organización sanitaria, a todos los niveles (técnicos sanitarios, técnicos auxiliares administrativos, personal de servicios, etc.) Que incentive a todos estos profesionales en su compromiso constante con la calidad. Identificando, analizando y re-

solviendo los problemas que se sucedan en el día a día del auxiliar administrativo, trasladándolos, para que se pueda realizar una evaluación de los mismos y tratar esos procesos que no funcionan correctamente y a su vez mejorar otros que aún no presentan esos problemas, pero que en un futuro pueden derivar en ellos. Esa calidad debe presentar una serie de elementos indispensables:

EFICIENCIA:

Siempre unida a la calidad, lo definiremos como el grado con el cual se conseguirá el nivel más alto de calidad que sea posible teniendo siempre en cuenta los recursos necesarios para el auxiliar administrativo.

EFFECTIVIDAD:

Es el grado en el que una práctica asistencial determinada es capaz de conseguir una mejora del nivel de salud de una población en unas condiciones normales de aplicación.

ACCESIBILIDAD:

Se debe de acceder a los servicios ofrecidos para un Centro Sanitario en el ámbito del auxiliar administrativo por parte de los pacientes y/o usuarios en unas condiciones de igualdad y equidad. Garantizando un acceso rápido y eliminando todas las barreras burocráticas, de horario, distancia, culturales, religiosas o de cualquier otro tipo. Garantizando de este modo una asistencia de calidad.

SEGURIDAD:

El técnico auxiliar administrativo debe proporcionar un ambiente libre de cualquier tipo de riesgo y o peligro para el usuario. Siempre de acuerdo con la normativa en materia de Prevención de Riesgos Laborales.

ACEPTABILIDAD:

También los usuarios deben participar de la toma de decisiones en todos los temas que competen a su salud y satisfacción.

SATISFACCIÓN:

Hablamos del nivel con el cual los servicios prestados por el auxiliar administrativo satisfacen las posibles expectativas de los pacientes y/o usuarios de un Centro Sanitario.

No está relacionado de una forma directa con la llamada calidad científico-técnica, ya que según la persona, puede ser un nivel alto de satisfacción sin que deba existir un nivel alto de calidad científico-técnica.

El usuario quedará satisfecho siempre que reciba lo que necesita y de una forma rápida, lo que necesita por parte del auxiliar administrativo.

Por ese motivo debemos ofrecer el mejor servicio posible para lograr el objetivo de esa satisfacción del paciente, y dar un buen servicio depende de una serie de elementos.

Profesional competente: Los pacientes desean encontrar un buen profesional.

Diligencia: El auxiliar administrativo debe tener un cuidado especial y poner todo su empeño en el trabajo solicitado por el paciente.

Educación: El trato siempre debe ser educado, correcto y prestar atención hacia el usuario por parte del auxiliar administrativo.

Asesoramiento: El auxiliar administrativo debe actuar como consejero y asesorar al usuario.

Capacidad de intuición: Ser capaz de “leer entre líneas” para captar lo que no dice el usuario.

Fiable: La información trasladada del auxiliar administrativo al usuario debe ser fiable.

Conseguir confianza: Si nos ganamos su confianza, el usuario se sentirá más cómodo y amigable hacia nosotros.

Mostrar interés: El técnico auxiliar administrativo debe de mostrar una total atención hacia el usuario.

Ser flexible: Esto es aplicable tanto a los profesionales como a la institución sanitaria en su totalidad.

Mostrar empatía: Tanto el personal sanitario como el personal auxiliar administrativo debe hacer suyo el problema del usuario.

Saber las expectativas del usuario: Para de este modo poder satisfacerlas.

Escuchar: Esta es la base de la comunicación entre el auxiliar administrativo y el usuario, y para poder saber las necesidades del usuario.

¿QUÉ ES LA CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA?

Se trata de la capacidad de un profesional (en este caso del técnico auxiliar administrativo) de un centro sanitario para poder usar de una forma correcta los conocimientos más avanzados y los recursos que tenga a su alcance, con el fin de conseguir un grado de efectividad y satisfacción en los pacientes y/o usuarios.

Dicha calidad científico-técnica o calidad asistencial se mide por medio de unos “instrumentos” llamados Datos e Indicadores.

Un indicador es una medida que usamos para poder controlar y evaluar la calidad. Una herramienta con la cual podemos valorar las diferentes actuaciones y que permite poder centrarnos en determinadas cuestiones que necesitan un mayor análisis.

LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Para poder evaluar la calidad del servicio del técnico auxiliar administrativo necesitamos poder medir cuál es el nivel de calidad de un procedimiento en concreto o de una prestación asistencial, para de este modo poder localizar un problema y pasar a proponer las posibles soluciones.

Hay que tener en cuenta que la evaluación de la calidad es diferente al control de la calidad, por el cual medimos de forma continua el cumplimiento de unos niveles previamente establecidos y de su garantía. Esta actividad concentra la evaluación de dicha calidad y su control de forma periódica.

Por este motivo, la garantía de la calidad del trabajo del auxiliar administrativo es muy complicada, y comprende un gran abanico de actividades para identificar los problemas y dar prioridad a los más importantes, el estudio de los mismos, la implantación de acciones correctoras, etc.

En los programas de garantía de calidad debemos distinguir entre los internos y los externos.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos leer anteriormente, la calidad es una de las bases sobre las que debemos cimentar nuestras actuaciones como auxiliar administrativo, con el fin de dar el mejor servicio siempre a los usuarios de los Centros Sanitarios.

Con este fin necesitamos una evaluación correcta de la calidad ofrecida, para de este modo poder mejorarla. Podremos detectar una serie de problemas de diferente índole que se encuentra el auxiliar administrativo y que influyen de forma negativa en esa calidad, provocando que el nivel baje.

Usaremos una serie de herramientas o programas de garantía de la calidad para conseguir, localizar y corregir las posibles deficiencias en el servicio ofrecido por el técnico auxiliar administrativo a los pacientes y/o usuarios.

Con este objetivo debemos tener una planificación de la calidad asistencial, este será el punto de inicio para la orientación de los auxiliares administrativos y profesionales de la sanidad hacia una mejor calidad en el servicio.

Esto nos implicará definir como le interesa a los usuarios la calidad en los servicios sanitarios, para de este modo diseñar adecuadamente estos servicios a las

necesidades que tengas los pacientes y/o usuarios, poder orientar y organizar los recursos disponibles, y de este modo diseñar el servicio a la medida por parte del auxiliar administrativo.

6 Bibliografía

<https://orionformacion.com/>

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/>

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-la-calidad-percibida-sanidad-publica-13070532>

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000400010

https://www.eldiario.es/opinion/tribuna-abierta/sanidad-universal-publica-calidad_129_9945058.html

Capítulo 658

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS SUMINISTROS EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

JUAN BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA

GEMA MORALES GÓMEZ

ULISES ROMERO VERGARA

GLORIA HERNANDEZ TOMAS

FRANCISCA BOTIJA GARRIDO

1 Introducción

El Auxiliar Administrativo se ocupa de la gestión de los diferentes suministros necesarios en las instituciones sanitarias, se realiza tanto en la Atención Primaria como en la Atención Hospitalaria por Departamentos específicos, encargados de todas las acciones necesarias para el correcto aprovisionamiento de dichas instituciones sanitarias.

Para llevar a cabo la gestión por parte del auxiliar administrativo es necesaria la existencia de un almacén general, en el cual todas las materias primas o las mercancías se recogen hasta su utilización. En dicho almacén general va a haber una gran diversidad de productos:

Desde productos farmacéuticos, material quirúrgico o clínico, hasta diferente tipo de aparataje, lencería, o material de ofimática.

Debido a la particularidad de los Centros sanitarios, es necesaria la existencia no sólo de un almacén general, sino también de almacenes secundarios por Centros sanitarios (Atención Primaria) o por Plantas (Atención Especializada).

Gestión en Atención Primaria:

Dentro de todos los Servicios de Atención Primaria existirá una persona que sea responsable del almacén de dicho Centro (normalmente un técnico auxiliar administrativo), esta persona no sólo se va a encargar de hacer la petición de suministros y la posterior recepción del material recibido, también será quien controle el consumo racional de todos los artículos de ese Centro.

Gestión en Atención Hospitalaria:

La petición de material y su posterior recepción se hará por plantas y dentro de cada planta por servicios (en caso de que tengamos varios servicios dentro de una misma planta). Las diferentes unidades presentan sus solicitudes de material en modelos normalizados para este efecto y a continuación entregados en planta según el protocolo de cada Institución hospitalaria, para su posterior recepción por el técnico auxiliar administrativo y su gestión.

2 Objetivos

Describir las funciones que realiza el auxiliar administrativo relación con los suministros en al ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 gestión del material necesario se realiza por el auxiliar administrativo a través del Servicio/Sección de Suministros, de acuerdo con las normas de contratación administrativa (Ley 9/2017 del 8 de noviembre), de Contratos del Sector Público,

las cuales se cruzan al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014. Las solicitudes de material se trasladarán a los Servicios/Secciones a través de unos modelos normalizados para este efecto en el periodo establecido, siendo recibidas por el auxiliar administrativo a cargo, las solicitudes deben ir firmadas por el responsable del servicio, con la siguiente información.

Nombre del producto.

Cantidad.

Código.

Nombre del peticionario.

Fecha y firma.

Las solicitudes de petición de suministros suelen constar de tres copias. De las cuales, dos se tramitan a la Sección de Suministros por el Técnico Auxiliar Administrativo y la tercera se queda archivada en el Centro para usar como comprobante de la solicitud.

La gestión tanto del almacén como de los pedidos recibidos y el stock lleva una serie de pautas que el auxiliar administrativo debe seguir.

LA RECEPCIÓN DE MATERIALES.

Una vez recibido el material desde los diferentes proveedores, se tramitará la entrada de dicho material por parte del Técnico Auxiliar Administrativo al cargo de dicha tarea.

El material recibido debe corresponder siempre a un pedido previo, el cual se debe realizar de manera formal en el sistema informático o bien manual llegado el caso.

La recepción de este material se realizará siempre en el almacén de recepción previsto por parte del Técnico Auxiliar Administrativo, nunca en la unidad de destino final de este material.

Siguiendo una serie de parámetros establecidos en el siguiente orden:

Recepción y comprobación de bultos. En un primer momento, se realizará la recepción del material entregado por el transportista por parte del auxiliar administrativo, usando el albarán de porte, el cual debe detallar el número de bultos que se van a entregar, y comprobar que coincide con el número de bultos entregados físicamente por el transporte. En caso de que no concuerden las dos cantidades no se debe dar conformidad al albarán de porte y se debe detallar en él la incidencia detectada con la firma del transportista.

Comprobación del material. A continuación se localizará el albarán del provee-

dor donde debe venir siempre detallado el número de pedido al que corresponde dicha mercancía. Una vez tengamos el albarán en nuestro poder, el auxiliar administrativo procederá a la comprobación física del material respecto a lo detallado en él.

Registro

Una vez realizadas todas las comprobaciones, el auxiliar administrativo procederá al registro de la entrada del material recibido en el sistema informático, accediendo desde el pedido, generando el correspondiente albarán interno.

Según el material se pueden dar dos casos:

- 1.- Que el material tenga como destino el almacén, en cuyo caso se procederá a colocar en su lugar correspondiente.
- 2.- Que se trate de material de tránsito, en este caso se trasladará a los Centros sanitarios que lo hayan solicitado.

GESTIÓN DE STOCKS

Los artículos almacenados deben seguir una gestión de stocks para la cual hay que definir una serie de parámetros:

Nivel de reposición en días

En este caso se trata de un nivel de existencias, que se expresa en días de consumo según las existencias, si las existencias se encuentran por debajo de este nivel el auxiliar administrativo debe realizar un pedido al proveedor para evitar la falta de existencias.

Hay que tener en cuenta una serie de aspectos a la hora de fijar este nivel.

Lo crítico de una posible rotura del stock.

El plazo de entrega del artículo.

La capacidad que tenga el almacén.

Etc.

Lote de reposición en días

Nos referimos a la cantidad por la que el auxiliar administrativo emitirá el pedido, cantidad reflejada en días de consumo. Debe concordar con la frecuencia de entregas necesarias para cada producto.

Consumo medio mensual

Tomamos como dato la media mensual del consumo en todo el centro del artículo en unidades. Para realizar el cálculo de esta media se considerará un período a consideración del auxiliar administrativo.

Nivel de reposición en unidades

Según el consumo diario medio, se determina el nivel de reposición en unidades.

Lote de reposición en unidades

Según el consumo medio diario, el auxiliar administrativo determinará el lote de reposición en unidades.

Para la gestión, el sistema informático nos proveerá de forma automática por cada producto de la información siguiente.

Existencias por entrar

Nos referimos a las cantidades pendientes de entrega por los proveedores y que corresponden a los pedidos emitidos.

Existencias por salir

Las cantidades pendientes de entrega a los Servicios/Centros.

Cálculo de necesidades

El sistema debe calcular las necesidades de compra.

La necesidad de compra se calculará con la frecuencia que el auxiliar administrativo considere oportuna y como consecuencia, según los parámetros establecidos y las existencias, la creación de una propuesta de pedido.

FICHERO COMERCIAL

Es una herramienta de gestión del auxiliar administrativo, la cual se dedica a reunir información sobre los artículos con la intención de:

Tener controlados a los posibles proveedores.

Tener ordenada la información de los diferentes precios, formas de compra, etc.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo claro y principal de la gestión de los suministros y el correcto control del stock de las materias por parte del auxiliar administrativo, es obtener el mejor servicio posible a las necesidades de los Centros Sanitarios. Una rotación adecuada de las existencias, para evitar al mínimo posible la obsolescencia de los artículos, su caducidad y reducir los costos de su tratamiento y gestión.

Para lo cual el auxiliar administrativo establecerá los parámetros correctos según el consumo medio establecido y hará un uso correcto de las herramientas de las cuales dispone, llevando un control riguroso de las entradas y salidas, con el fin de mantener siempre actualizadas las existencias, y por este medio evitar un posible desabastecimiento.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-responsable-almacen-general-hospital/>

<https://orionformacion.com/>

<https://ocronos.com/libros-publicados-isbn/auxiliar-administrativo-servicio-suministros-almacen/>

Capítulo 659

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN GENERAL DE CENTROS HOSPITALARIOS

M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO

MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO

TERESA JAREÑO ROMERA

1 Introducción

El auxiliar administrativo presta sus funciones como personal estatutario adicional de un equipo multidisciplinar que componen el centro hospitalario

Las tareas por desempeñar de un auxiliar administrativo aparecen en el Capítulo II, Sección 1º, artículo 12 del Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden 5 de julio de 1971.

Dicho artículo indica que las tareas de un auxiliar administrativo son las de apoyo material, ejercicios y desarrollo respecto a las tareas administrativas asistenciales propias de la Institución.

El papel del auxiliar administrativo es fundamental, ya que es el trabajador que, con iniciativa y responsabilidad concreta y bajo el control de los órganos directivos del centro, efectúa funciones de ofimática, archivo y otras actividades de técnicas administrativas.

El servicio de admisión es un servicio no asistencial encargado de facilitar el acceso del usuario a la asistencia sanitaria especializada en régimen ambulatorio o

de hospitalización, además de tramitar la historia clínica. El Servicio de Admisión se desarrolla por un equipo multidisciplinario del cual forma parte el auxiliar administrativo y ejerce sus funciones para mejorar y canalizar de forma positiva los recursos que le ofrece el centro sanitario.

El servicio de admisión de un centro hospitalario es el dispositivo encargado de encauzar a todo el personal y documentación que entra en dicho centro, es el punto de conexión entre pacientes, usuarios, profesionales, por lo tanto, el servicio de admisión compone una estructura fundamental y de base en el hospital, basada en la gestión de pacientes y usuarios como área responsable de gestionar el flujo de los mismos por las diferentes áreas y servicios que componen el centro hospitalario, así como gestionar la documentación y dar la información necesaria, teniendo siempre en cuenta la Ley de protección de datos.

Es tan importante como imprescindible disponer de sistemas informáticos apropiados que den facilidad al auxiliar administrativo para desarrollar su trabajo en admisión a los procesos de gestión y control de pacientes en esta área del centro hospitalario, desarrollándose de esta forma un trabajo más eficaz, de mejor rendimiento y favorable tanto para los pacientes, usuarios, como para el mismo centro hospitalario.

2 Objetivos

-Desarrollar las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de admisión general 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 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 perfil profesional del auxiliar administrativo en centros hospitalarios debe ser una persona competente, con alta capacidad de escucha, gran sentido de ética, capacitado para desenvolverse adecuadamente en los diferentes escenarios de las

áreas de salud, responsable y comprometido con las funciones administrativas a desarrollar.

Las funciones que desarrolla generalmente el auxiliar administrativo son las siguientes y todas ellas las desarrolla igualmente en el área de admisión de los centros hospitalarios:

- Atención al público, atención telefónica, atención de correos electrónicos, hacer fotocopias...
- Preparación, elaboración, mantenimiento y actualización de ficheros y archivos varios.
- Manejo del equipo de ofimática y creación/actualización de bases de datos.
- Gestión y manejo de programas.
- Soporte y apoyo administrativo a la gestión y seguimiento del Área.
- Registro.
- Estadísticas.
- Gestión de citas

El auxiliar administrativo de la salud como componente del equipo de admisión tiene que controlar los movimientos asistenciales de todos los pacientes que acuden al centro hospitalario y en su área de atención especializada. Sus funciones están orientadas hacia la coordinación de acciones y recursos alrededor de la asistencia al usuario, teniendo la función de controlar las diferentes tareas propias del auxiliar administrativo dentro de la admisión general del centro hospitalario. En las diferentes áreas básicas de atención, el auxiliar administrativo deberá desarrollar funciones más concretas y tareas enfocadas a:

- Gestión de los procesos administrativos de acceso y asistencia de pacientes, con el fin de facilitar la atención.
- Organización y evaluación del proceso asistencial, procurando una adecuada y eficaz utilización de los recursos.
- Obtención de datos para dar al hospital información sobre la demanda existente y la actividad realizada.

Cuando hablamos del servicio de admisión de un centro hospitalario se hace ampliable a distintas áreas que vemos a continuación:

Hospitalización programada

El auxiliar administrativo como parte del servicio de admisión deberá realizar los ingresos programados, traslados y altas del área de hospitalización, así como otras diligencias administrativas que se localicen en esta área.

Las funciones del auxiliar administrativo con relación a la hospitalización son:

- Gestión de asignación de camas.
- Registro del incidente de hospitalización.

- Realización de ingresos programados.
- Elaboración de altas e ingresos.

Atención Ambulatoria

El servicio de admisión regulariza y programa el acceso a la atención sanitaria ambulatoria en el hospital y centros de especialidades dependientes de él. Incluye la atención de pacientes en consultas externas, hospital de día, rehabilitación y los procedimientos diagnóstico- terapéuticos que requieran programación previa.

Las funciones del auxiliar administrativo con relación a la atención ambulatoria son:

- Programación y gestión de agendas.
- Gestión de la solicitud de cita.
- Registro y revisión de la actividad realizada.
- Coordinación organizativa del proceso asistencial.

Para una mejor eficacia del servicio es preciso disponer de una serie de requisitos básicos de infraestructura y organización del personal:

- Creación de ficheros y registros en relación con la información que se va a manejar
- Desarrollo de un software básico apropiado a la actividad que se va a realizar en cada servicio.
- Formación continuada del auxiliar administrativo.
- Establecimiento de comunicación interna entre el personal del centro hospitalario y control de los procesos
- El servicio de admisión puede ser evaluado en función de los resultados que obtiene y concretamente en función de su capacidad y rendimiento. La evaluación continua a través de indicadores de calidad (obtenidos a través de encuestas a los pacientes) implican también a los servicios clínicos, pretendiendo que haya un buen ambiente entre el servicio de admisión y las diferentes unidades asistenciales del centro hospitalario.

Actividad Quirúrgica

El auxiliar administrativo de admisión debe tener un control preciso de los pacientes que se encuentran en esta área para agrupar y mantener actualizado el registro de los pacientes pendientes de una intervención quirúrgica programada y no urgente, además de proporcionar la información requerida a los servicios que lo soliciten dentro del hospital, con el fin de agilizar el proceso del paciente y utilizando así los recursos de una forma correcta.

Las funciones del auxiliar administrativo con relación a la actividad quirúrgica son:

- Preparación de documentación necesaria, previa a una intervención quirúrgica de los pacientes en lista de espera.
- Gestión de la programación quirúrgica.
- Registro de movimientos en lista de espera y de la actividad quirúrgica.
- Coordinación y evaluación del proceso asistencial.
- Registro y control de pacientes en lista de espera quirúrgica.

5 Discusión-Conclusión

En el servicio de admisión de un centro hospitalario son los auxiliares administrativos las primeras personas con las que tiene contacto el paciente, por lo tanto, se considera que es un puesto fundamental entre otros, y constituye un pilar esencial para el desarrollo de su actividad diaria, ya que se realizan múltiples tareas administrativas, tal como se ha detallado anteriormente, para pasar después a la asistencia sanitaria.

Con todo lo anteriormente expuesto se llega a la conclusión de que la función del auxiliar administrativo en un centro hospitalario es básica y esencial, con lo cual un trabajo correcto en su puesto, en coordinación con el resto del equipo que forma el servicio de admisión, se convierte en una buena gestión administrativa, lo cual nos lleva a un rendimiento óptimo para el centro hospitalario, y de igual manera repercute en la correcta atención bienestar del paciente si se trabaja en concordancia con el personal sanitario.

6 Bibliografía

1. Estatuto de personal no sanitario de las instituciones sanitarias de las Seguridad Social aprobado por la orden 5 de julio de 1971.(BOE de 22 de Julio de 1971).
2. <https://www.formacionalcala.es/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario>.
3. <https://www.noticias-de-los-centros-de-trabajo/bizkaia/atención-especializada>.

Capítulo 660

LAS FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE

MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO

RAMON QUINTANILLA OLMEDO

JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ

1 Introducción

El servicio de nefrología del centro hospitalario atiende a todos los pacientes con enfermedades renales o relacionadas con los órganos citados. El servicio de nefrología se compone de áreas, destacando la unidad o área de hospitalización que atiende al ingreso de los pacientes que presentan problemas o enfermedades relacionadas con la nefrología general, o que requieren la realización de pruebas diagnósticas.

El área o unidad de hemodiálisis, donde se practica la dialización de la sangre de los pacientes que atiende, teniendo la zona de pacientes crónicos, agudos. Estos pacientes pueden ser del propio hospital o del exterior. También existe el programa de crónicos, donde, los pacientes crónicos en hemodiálisis son atendidos en todos los aspectos, salud, información, guías de conductas, etc.

El área o unidad de diálisis peritoneal con la hospitalización de los pacientes aquejados de problemas renales y los ejercicios pautados para cada uno de ellos.

Por último, el área de las consultas externas, que atiende a pacientes programados y trasplantados. En estas consultas destacan las consultas de hipertensión arterial y la consulta de nefrología general, y la hospitalización de los pacientes trasplantados.

En el servicio de nefrología, en todas sus áreas, destaca la labor de los nefrólogos, las enfermeras, los auxiliares de enfermería y los celadores.

2 Objetivos

- Describir la funcionalidad y la diversificación del servicio de nefrología.
- Conocer la labor que los celadores realizan en cada una de las áreas del servicio de nefrología.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

Los celadores destinados en el servicio de nefrología desarrollan una serie de funciones que estarán orientadas según el área donde se desenvuelvan. En el área de hospitalización, encargada de los ingresos de los pacientes, el celador colabora con el personal sanitario, en todo lo concerniente, a los aseos de los pacientes encamadas, el traslado de los mismos a las diversas pruebas diagnósticas mandadas por el especialista, la recogida de la medicación de farmacia demanda por el personal sanitario y mantener las habitaciones de los pacientes y el pasillo de la unidad, libre y exento de aglomeraciones de familiares y allegados.

En el área de hemodiálisis, el celador, colabora con el personal sanitario, en los pesajes de los pacientes y en la colocación y acomodo de los mismos en los puestos asignados. Los dializadores, máquinas que realizan la función del riñón, son trasladados y puestos a cargar eléctricamente por el celador, que seguirá las instrucciones del personal sanitario.

El celador destinado en consultas mantendrá el consiguiente orden y silencio establecido en las salas de espera, y atenderá a las demandas de los pacientes, siempre que se trate, de información sobre localización de consultas, ubicaciones del centro hospitalario, y no sea información médica, orientado estas informaciones de diagnósticos y resultados sanitarios al médico encargado del paciente.

Todas estas funciones específicas de las distintas áreas mencionadas, son complementadas por otras comunes. Los celadores moverán cualquier aparato que se le pida, como por ejemplo, la balanza personal de las consultas, donde los pacientes se pesan en cada consulta programada. Además trasladarán las comunicaciones que se le indiquen por el personal sanitario, así como recogerán del almacén de farmacia la medicación demandada en el área donde está destinado.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores destinados en el servicio de nefrología desarrollan una gran cantidad de funciones variadas, que irán asignadas a cada una de las áreas, aunque se mantienen algunas de ellas comunes en todas las unidades del servicio. Es un servicio, el de nefrología, muy dinámico, por lo que exige, que los celadores sean profesionales dinámicos y activos, y conozcan bien las ubicaciones del servicio, porque, a las llamadas por los buscas, deberán acudir con la máxima diligencia posible.

En el área de hemodiálisis, el celador destinado en la misma, no podrá abandonar nunca su puesto, a no ser que haya sido por orden del personal sanitario para la recogida de medicación o algún instrumento necesario para la misma.

6 Bibliografía

1. El trabajo cada día de los celadores en la unidad de diálisis. Disponible en: <https://pacienterenal.general-valencia.san.gva.es>
2. Nefrología e hipertensión. Disponible en: <https://www.fjd.es>
3. Funciones del celador en la unidad de hemodiálisis. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 661

LAS MUESTRAS BIOLÓGICAS Y SU TRASLADO POR PARTE DEL CELADOR

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE

MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO

RAMON QUINTANILLA OLMEDO

JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ

1 Introducción

En el trabajo diario del centro hospitalario, se cuenta con la realización de tareas por parte del personal sanitario de toma de muestras a los diferentes pacientes enfermos que se encuentran en las áreas o servicios del hospital.

En este sentido, se entiende que se realizan y toman diferentes muestras, en función de las patologías y enfermedades que presenten cada uno de ellos. Todas ellas, deben ser llevadas para su análisis, permitiendo así al personal médico superior su estudio y el desarrollo del paciente, evitando la toma de cualquier medicación o la realización de pruebas que sean incompatibles con el paciente enfermo.

Estas muestras, como se ha mencionado anteriormente, precisan de ser llevadas al laboratorio para su estudio. Dicha tarea es realizada por parte de la figura

del celador, que se encarga de, cualquiera que sea el área o servicio donde se encuentre la prueba, de llevarlas hasta el laboratorio, siendo en todo momento una serie de medidas, prevenciones, recomendaciones y el protocolo de actuación a seguir en dicho traslado.

Por ello, durante el desarrollo de este trabajo, se van a conocer las tareas, funciones y el protocolo de actuación que conlleva el celador del centro hospitalario en el traslado de las muestras biológicas, desde la planta hasta el laboratorio.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que lleva a cabo el celador en el traslado de muestras biológicas.
- Desarrollar el protocolo de actuación del celador en el traslado de muestras al laboratorio del centro hospitalario.

3 Metodología

En la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta una gran búsqueda de información a través de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros, además de la lectura y síntesis de diversas revistas y documentos científicos, dando lugar así a la mayor obtención de información posible, dando veracidad y fiabilidad a los contenidos y resultados expuestos en este trabajo.

4 Resultados

A continuación, se exponen las tareas y el protocolo de actuación que lleva a cabo el celador en el traslado de muestras biológicas al laboratorio en el centro hospitalario.

En el centro hospitalario se realiza a diario numerosas pruebas analíticas a los pacientes, cualquiera que sea el área o servicio en el que se encuentran los pacientes. En este sentido, cuando se va a realizar una analítica a los pacientes, esta ha de ser llevada y trasladada al laboratorio para su análisis.

Entre las muestras que se realizan a los pacientes se encuentran: muestras de orina, de sangre, heces, pruebas contra la covid PCR, entre otras. Todas ellas han de llevar un protocolo de actuación guiado por el celador, que va a ser siempre el encargado de llevar dichas muestras hasta el laboratorio.

En primer lugar, cuando se toma la muestra al paciente, el personal sanitario realiza una llamada al celador a través de su teléfono busca.

Cuando el celador recibe la llamada, acude con rapidez hasta el área o servicio para recoger la muestra.

La muestra ha de ser trasladada en una caja amarilla o vatea, en función de la muestra que haya sido tomada. Cualquiera que sea la muestra, el celador en todo momento debe ir provisto de unos guantes desechables, evitando que la muestra sea contaminada por parte del celador.

Antes de llevar la muestra, el celador debe recoger el volante de la petición de laboratorio, donde se especifica datos del paciente, así como la muestra que va a ser llevada. El celador debe asegurar que los datos que presenta el volante y los datos de la muestra coinciden con el nombre y número de historia del paciente. Finalmente, cuando el celador llega al laboratorio, deja la muestra junto con el volante del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Atendiendo a los resultados expuestos en el presente trabajo, se afirma la enorme importancia que representan los celadores en el centro hospitalario, sobre todo, en la realización de tareas que conlleva el traslado de muestras biológicas.

En este sentido, como se realizan a diario diversas muestras a pacientes y estas necesitan de ser trasladadas al laboratorio, el celador es un pilar fundamental, ya que es él quien se encarga de llevar a cabo estas tareas, sin él, el funcionamiento interno de las áreas y servicios sería un caos.

Por tanto, gracias a la participación y colaboración del celador, es un gran apoyo en la colaboración y cooperación con el personal sanitario ofreciendo una sanidad de calidad eficaz a cada paciente.

6 Bibliografía

1. El celador y la toma de muestras. Disponible en: <https://congresoiscepa.com>
2. El celador y las muestras biológicas en el centro hospitalario. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 662

EL TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE

MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO

RAMON QUINTANILLA OLMEDO

JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ

1 Introducción

El servicio de las urgencias hospitalarias supone uno de los dos accesos al centro hospitalario que continuamente están abiertos al usuario, la puerta principal del centro es el segundo. Las urgencias hospitalarias funcionan todos los días durante las veinticuatro horas ininterrumpidas, y el usuario se convierte en paciente, en el momento que accede a través de su puerta.

La funcionalidad del servicio de urgencias comienza cuando el usuario ha agotado la vía de la atención primaria, es decir, cuando su estado de salud supone una situación de emergencia o urgencia en el tratamiento y no permite más demora en su atención sanitaria.

El servicio de urgencias se estructura en el triaje de enfermería, donde una enfermera, evalúa en primer lugar las constantes y situación del paciente; la unidad de

especialidades médicas; la unidad de boxes; la unidad de observación; la unidad de las urgencias pediátricas y el box especial de situaciones vitales y las salas de espera para familiares y allegados de los pacientes.

En cada una de estas unidades se encuentran trabajando una serie de profesionales, como los médicos de urgencias, las enfermeras, los auxiliares de enfermería y los celadores, cada uno de ellos, con unos valores y funciones adaptadas a la unidad donde están destinados.

2 Objetivos

- Conocer la estructura funcional del servicio de las urgencias hospitalarias.
- Describir las funciones de los celadores en cada una de las unidades del servicio de las urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

La puerta del servicio de urgencias, aunque no está integrada como unidad del mismo, es el acceso de todos los pacientes al servicio. En la puerta se encuentra siempre un celador, encargado de ayudar y proporcionar al paciente que acude, su colaboración para bajar del auto o una silla de ruedas, en caso necesario. En otros casos, los menos frecuentes, ofrece, el celador de puerta y traslada al paciente, en camilla, ya que ésta es relegada al servicio de transporte en ambulancia.

El celador de puerta dirige al paciente hasta el mostrador de admisión, para realizar la entrada en el sistema, entregando la tarjeta sanitaria individual y los datos demandados por el auxiliar administrativo.

El triaje del paciente, será el siguiente paso, y el celador indica o entra al paciente, según su movilidad, hasta el mismo, donde la enfermera, derivará al mismo, dependiendo de los síntomas, a una unidad u otra del servicio.

En la unidad de boxes se atienden a los pacientes con dolores abdominales, insuficiencias respiratorias, cardiopatías, y otras enfermedades indefinidas. El celador de boxes, colabora, en todo momento, con el personal sanitario en la colocación de los pacientes en las camillas de boxes, trasladando a los mismos, a las diferentes pruebas diagnósticas pautadas por el médico de boxes. También traslada las diferentes pruebas y analíticas hasta el laboratorio de urgencias. En caso de traslado a la unidad de observación, es el celador de boxes, quien realiza el ingreso en la citada unidad.

En la unidad de especialidades médicas, el celador destinado en la misma, colabora también con el personal sanitario en la colocación de los enfermos en las camillas, y con el personal de las ambulancias en el traspaso a las camillas mencionadas. En este caso el celador de especialidades tiene que estar en posesión de conocimientos y técnicas de traslado porque estos pacientes, en su gran mayoría, suelen acudir por caídas, traumatismos, luxaciones, rotura de cadera, etc.

En la unidad de observación el celador, además de las funciones comunes que tiene con sus compañeros de otras unidades del servicio, colabora con el auxiliar de enfermería al acomodo de los pacientes en sus respectivas camas, y al cambio de ropa y pañales, además del aseo de los mismos. Desde esta unidad, el paciente es dado de alta hospitalaria o es ingresado en la planta correspondiente, siendo función del celador de observación, realizar dicho ingreso.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha observado, son variadas las funciones de los celadores destinados en el servicio de las urgencias hospitalarias, presentando funciones comunes en todas las unidades y otras más específicas, como los aseos y los ingresos de la unidad de observación, estando, el celador de puerta siempre y en todo momento de la misma y de los pacientes que entran por la misma.

Queda claro que los profesionales, en este caso, los celadores, para trabajar en el servicio de urgencias, tienen que poseer unas cualidades concretas, como el dinamismo y la vigía constante del paciente que entra por la puerta de urgencias, como de los demás pacientes ubicados en cualquiera de sus unidades.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en el servicio de urgencias. Disponible en: <https://revistamedica.com>

2. La actuación del celador en unidades de urgencias. Disponible en: <https://www.foramcurae.es>
3. El celador y recepción de pacientes en el servicio de urgencias. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>

Capítulo 663

EL CELADOR Y EL ENFERMO MENTAL. ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ

LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN

MARÍA CELIBERTI RIBERA

1 Introducción

Para la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) la salud mental (1) se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y satisfactoria y es capaz de hacer contribución a la comunidad. La enfermedad mental (1) es una alteración de tipo emocional, de tipo cognitivo o de comportamiento en que se ven afectados procesos psicológicos básicos: la motivación, la emoción, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el lenguaje, etc. y que dificulta al individuo en su adaptación en el entorno social y cultural.

Podemos entender la psiquiatría como la especialidad médica que estudia y trata las enfermedades mentales; con el objetivo de prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar los posibles trastornos de la mente.

La unidad de psiquiatría es un área de hospitalización que tiene por objetivo el ingreso de cualquier persona adulta que padezca una problemática psíquica y

emocional para su evaluación, diagnóstico y tratamiento, con el objetivo de la recuperación tanto de su salud mental como de la salud física.

El celador juega un papel relevante en la atención al enfermo mental en el marco de la unidad de psiquiatría como profesional que forma parte del equipo multidisciplinar que desarrolla su labor en la unidad de psiquiatría.

Resulta, por lo tanto, relevante concretar las actuaciones y funciones del celador en la unidad de psiquiatría.

2 Objetivos

- Delimitar las funciones laborales del celador con el enfermo mental, y la importancia de dichas funciones.
- Describir las funciones del celador en el área de psiquiatría.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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

Con la Ley General de Sanidad, en el año 1986, se produce en España la integración y equiparación del enfermo mental en el sistema sanitario general; estableciéndose servicios de rehabilitación y reinserción social para una adecuada atención integral de la problemática del paciente mental. Teniendo una especial consideración a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

El celador debe cuidar especialmente el trato con el enfermo mental, debe ser capaz de una comunicación con el enfermo mental y con su familia en el que se debe respetar su propia situación y circunstancias. El celador debe usar un lenguaje educado y respetuoso. Debe facilitar la mayor información posible, exceptuando aquella relativa a la enfermedad del paciente. Lógicamente el celador está obligado a guardar el secreto profesional de toda la información que conozca como consecuencia del ejercicio de su profesión. El celador debe mostrar una actitud positiva, ganándose la confianza del paciente, sabiendo escuchar.

Las actuaciones del celador son diversas, no se encuentran recogidas en el Estatuto del Personal no Sanitario, se delimitan por los protocolos de actuación y las propias normas de régimen interno. Se podrían establecer las siguientes funciones de celador en el área de psiquiatría:

- El cuidado del entorno ambiental de los pacientes, creando un buen ambiente de luz y sonido, levantando y bajando persianas por la mañana y por la noche.
- Prestar ayuda, en su caso, al aseo personal de aquellos pacientes psiquiátricos que lo puedan precisar.
- Vigilar a los pacientes que no muestran deseos de asearse y procurar que lo hagan.
- Estimular la actividad física de los pacientes.
- Colaborar con el resto del personal de que los enfermos psiquiátricos no realicen un uso indebido de los enseres y de la ropa, evitando su posible deterioro.
- El traslado de los aparatos y mobiliarios que sea preciso.
- Tramitar las comunicaciones verbales y los documentos que les sean encomendados.
- Controlar el acceso y el movimiento del personal a través de la unidad.
- Recoger y transportar a la unidad de psiquiatría los medicamentos y otros productos de la farmacia.
- Vigilancia y acompañamiento, en su caso, a los pacientes en sus paseos o cuando salen al exterior en recintos acotados. Supervisar a los pacientes cuando salga de las áreas confinadas.
- Vigilar el orden y la armonía entre los pacientes.
- Servir de ayuda al personal sanitario en el tratamiento de los pacientes incapaces que no colaboran; ayudar al personal sanitario en la administración de inyectables u otra medicación.
- El celador debe colaborar con otros profesionales de la unidad de psiquiatría en la reducción de los pacientes agitados (por ejemplo colaborando en la sujeción a los pacientes alterados a los que se debe aplicar sujeción mecánica).
- Vigilar la puerta de acceso a la unidad de control de entradas y salidas. Control de los accesos.
- El control del suministro del tabaco a los pacientes que lo tienen permitido en su tratamiento.
- Trasladar en los pacientes de la unidad de psiquiatría a las unidades y consultas del centro que sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en el servicio de psiquiatría es fundamental, su actuación es complementaria a las tareas del resto del personal de servicio y apoyo, con los que debe formar un grupo de trabajo bien cohesionado en su labor profesional. El celador debe ser consciente de cuáles son sus funciones y actuaciones en las diferentes situaciones que puede encontrar en el día a día en el área de psiquiatría y salud mental.

La relación del celador con el paciente psiquiátrico y con sus familias debe ser empática y de respeto ante las circunstancias específicas y particulares de cada uno de los pacientes.

6 Bibliografía

- 1.-Definición de Salud y enfermedad mental [En línea]. España: A´Creba.; 2017. [fecha de acceso 10 de agosto de 2023]. URL disponible en <https://www.acreba.org/salud-mental/definicion-de-salud-y-enfermedad-mental/>
- 2.-Fernandez Suarez M.A. Funciones y cometidos del celador en el área de salud mental hospitalaria. Revista Ocronos Vol.IV. nº 4-abril 2021. 107.
- 3.-Adame alquezar F.J.Actuación del celador en la unidad de psiquiatría hospitalaria. Revista Ocronos Vol. III nº 2-Junio 2020.124.
- 4.-Ahed Mohameh N.,Molina Heredia R, López Ramos, M.D.,Ali Mohad, N., López Verdegay M.E., Dominguez Hernández, M. El celador en la unidad de psiquiatría.[En línea]. España:2022.Revista Sanitaria de Investigación. [fecha de acceso 10 de agosto de 2023]. URL disponible en <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-la-unidad-de-psiquiatria/>
- 5.-Fayos Monzó E..Unidades de Psiquiatría. Pautas básicas de la actuación del celador con el paciente mental-una revisión sistemática. Revista Ocronos Vol. IV nº 7-Junio 2021.54.
- 6.- 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 Seguridad Social (B.O.E. nº 174, de fecha 22 del mismo mes)
- 7.- RD 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización. Boletín Oficial del Estado,

7 de abril de 2015, núm. 83.

8.- Bermejo JC. Habilidades de relación de ayuda. Santander: Sal Terrae; 1998

9.- Bermejo JC. Qué es humanizar la Salud. Madrid: Edit .San Pablo; 2003.

10.-Jané-Llopis E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. -RevAsocEsp Neuropsiquiatría nº 89- 2005; 67-79.

11.-Bloch S, Chodoff P, Green S (eds.). La ética en psiquiatría. Madrid: Ed. Triacastela. 2001 .

12.-Carrasco Gómez JJ, Maza Martín JM. Manual de psiquiatría legal y forense. 3ª ed. Madrid: Ed. La Ley-Actualidad. 2005.

13.-Trastornos psiquiátricos y derecho (responsabilidad penal, internamientos...). Barcelona: Ed. Atelier. 2008.

Capítulo 664

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UNA EMERGENCIA. EVACUACIÓN DEL CENTRO SANITARIO

MARÍA CELIBERTI RIBERA

RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ

LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN

1 Introducción

Por emergencia podemos entender como aquella situación que requiere una atención inmediata y urgente debido a un suceso imprevisto.

Los centros sanitarios deben tener diseñados un Plan de Emergencias, entendiendo el mismo como el conjunto de acciones ordenadas a realizar por el personal del centro sanitario, en el supuesto de que se produzca un siniestro. La pretensión última es minimizar en lo posible los daños que puedan afectar a los pacientes, al personal, así como a las instalaciones.

El Plan de Emergencias contempla la actuación específica de cada uno de los trabajadores, ensamblada con el conjunto de acciones coordinadas por una serie de equipos y de responsables de su acción.

Es importante recordar que, según la normativa vigente, todos los trabajadores están obligados a participar en los Planes de Catástrofes de su centro de trabajo, obligación que es innata a todos los ciudadanos (Ley 2/85 de 21-1, sobre Protección Civil).

Para clasificación de las emergencias puede se deben tener en cuenta distintos factores:

- El lugar concreto en el que se ha producido, y el riesgo que puede producir.
- Número de personal disponible en el Centro.
- Número de pacientes existentes en el área afectada.
- Turno de trabajo en el que se produce la emergencia.

En función de la gravedad, se suelen clasificar las emergencias en:

- Conato de emergencias: se trata de riesgo o accidente que puede ser valorado, controlado y dominado de forma sencilla y rápida por el personal y medios propios del centro.
- Emergencia parcial: es aquel accidente que para ser dominado requiere de la actuación de los equipos especiales de los centros y de los medios de los servicios públicos; sus efectos quedan limitados a un área o zona fácilmente controlable y que, previsiblemente, no afectará a otras zonas colindantes. Puede requerir de una evacuación parcial del personal en la zona afectada.
- Emergencia general: implica la necesidad de actuación de todos los medios y equipos de protección propios de la entidad sanitaria, y la ayuda de los medios de salvamento externos. Generalmente supone la evacuación parcial o total.

En función del riesgo, se clasifican las emergencias en:

- Emergencias de riesgos internos: riesgo de fuga de gases, riesgo de incendio, riesgo de explosión, riesgo eléctrico, riesgo de derrames o riesgo de comportamientos anti-cívicos.
- Emergencias de riesgos externos: riesgo de incendios forestales o urbanos, riesgo de sismo, riesgo de amenaza de bomba, riesgo de accidente de transporte de mercancías peligrosas, o riesgo de inundaciones.

2 Objetivos

- Describir el papel que juega el celador en la evacuación de un centro sanitario por una situación de emergencia, las pautas a seguir.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado

artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los equipos de emergencias constituyen el conjunto de personas especialmente entrenadas y organizadas para la prevención y actuación en caso de riesgos o accidentes.

El personal que forma los equipos de emergencias deberán:

- Disponer de información detallada de los riesgos que pueden darse en su lugar de trabajo.
- Estar formados específicamente de acuerdo al papel que deben desarrollar.
- Conocer los medios materiales de protección existentes a su alcance, así como su correcta utilización y manejo.
- Conocer la secuencia de acciones que debe realizar: en primer lugar dar la alarma y con posterioridad realizar las acciones más adecuadas para su intervención.

Se consideran tres tipos de equipos de emergencias necesarios en un hospital:

-Equipos de Primera Intervención (EPI): es el personal encargado, por su proximidad al siniestro, de realizar las primeras acciones. Suelen existir un EPI por planta o por área, y por cada turno de trabajo. Las misiones encomendadas a los EPI son elementales, como el dar la alarma, utilizar el extintor, tranquilizar a los pacientes y/o usuarios, trasladar a los pacientes y/o usuarios; preparar a los enfermos para la evacuación, etc. El personal de cada EPI está constituido por el personal de cada área, el número de integrantes del EPI estará en consonancia con las características del área encomendada.

-Brigada General (BG): su composición estará en consonancia con el tamaño del hospital, con la previsión de que exista una en cada turno de trabajo.

El personal que integra en la BD es personal que trabaja en el hospital: personal de mantenimiento, celadores, y personal de seguridad; este personal debe estar formado suficientemente en las áreas de riesgo y en la protección del centro sanitario.

Son misiones asignados a la brigada central:

- El valorar el nivel de la catástrofe para proceder a la activación el Plan de Emergencia y llamar al Comité de Catástrofes.
- Pedir ayuda a estamentos exteriores (bomberos, policía, etc.)
- Realizar acciones técnicas específicas para el refuerzo de los EPI.
- Utilizar otros medios de protección.
- Mantener despejadas las vías de acceso.
- Esperar y conducir a los servicios públicos.

-Equipos de Segunda Intervención (ESI): se les encomienda labores de refuerzo de los Equipos de Primera Intervención (EPI). Son los celadores el personal más idóneo para formar los ESI.

El celador juega un rol importante cuando se hace necesaria la evacuación del centro sanitario.

El plan de evacuación conlleva varias fases:

- Primera fase: una vez detectada la emergencia el director del Plan de Emergencias del centro sanitario, tras valorar la situación, decide si se procede a la evacuación total o parcial del centro.
- Segunda fase: se activa la alerta y alarma desde el centro de control (mediante comunicaciones de voz, de megafonía, señales gestuales, señales acústicas, señales luminosas, etc.)
- Tercera fase: tiempo de la evacuación (periódicamente se hacen simulacros de evacuación para poder tardar el menor tiempo posibles).
- Última fase: desalojo.

En el momento de evacuar a los enfermos, el celador debe tener en cuenta el grado de movilidad de los pacientes; pudiendo distinguir:

- Paciente válido: presenta autonomía en su desplazamiento.
- Paciente semi-válido: muestran cierto grado de dificultad para desplazarse autónomamente, necesitando ayuda parcial.
- Paciente no válido: no son autónomos en su desplazamiento y necesitan que el personal les ayude en sus desplazamientos.
- Paciente conectado a equipos: si es posible su desconexión se incluirían en los grupos anteriores según el caso; si no es posible su desconexión, con la supervisión del personal médico se estudiará la forma óptima de su evacuación.

Se establece el siguiente orden de evacuación de los enfermos:

1º.-Pacientes válidos y semi-válidos.

2º.-Pacientes no válidos que se encuentran más lejos de la puerta de salidos

3º.-Pacientes no válidos más cercanos a la puerta de salida.

El método a utilizar para el traslado de los enfermos estará en función del estado del paciente, de su grado de movilidad, de su edad, etc.

El traslado de enfermos se puede realizar en horizontal y en vertical:

-En la evacuación mediante traslado horizontal, se pueden utilizar la propia cama del enfermo y la silla de ruedas.

-En la evacuación mediante traslado vertical, no es posible la utilización de la cama y silla de ruedas; se deberá elegir un método de traslado supervisado por un facultativo.

Entre los métodos de traslados que se pueden utilizar, destacamos: a.-Por levantamiento: son los más fáciles y rápidos. Puede realizarse por una persona para enfermos con poco peso; pueden realizarse levantamiento a hombros por dos personas. b.-Por arrastre directo: está indicado cuando hay humo, requieren gran esfuerzo, y suelen ser lentos. No se pueden utilizar en evacuación vertical. Puede realizarse por muñecas o axilas por una persona, con una manta por una o dos personas... c.-Por arrastre con colchoneta o silla: son rápidos y confortables para los enfermos. No se pueden utilizar en evacuación vertical. Puede realizarse por una o dos personas. d.-Por arrastre con colchón: confortables y seguros para los enfermos; implican lentitud y complicación y gran esfuerzo físico.

Como muestra de la actuación del celador en un plan de emergencia se describe cuál será su acción una vez se ha recibido la alerta:

-Los celadores componentes del equipo de segunda intervención procederán a informarse de la naturaleza de la emergencia; posteriormente se aprovisionará del equipo necesario y acudirá al lugar de la emergencia, poniéndose a disposición del jefe de intervención.

-El resto de celadores del centro sanitario se pondrán a disposición del jefe del personal subalterno en el lugar de la emergencia para atender diferentes necesidades según proceda:

-La paralización de los ascensores en la planta baja.

- Convertir en monta-camas en ascensores.
- Destinar celadores concretos a ayudar a los pacientes que utilizan escaleras concretas, o utilizan determinados ascensores.
- Cerrar puertas y ventas de diversos servicios y unidades,

5 Discusión-Conclusión

El celador como profesional debe conocer y estar formado en el Plan de Emergencias de su centro de trabajo. La colaboración en el Plan de Emergencias del Celador se hace necesaria para conseguir que este se realice correctamente, reduciendo las posibles consecuencias humanas, materiales y económicas no deseadas.

Cuando es necesaria la evacuación en el centro sanitario ante una emergencia, el objetivo es realizar el traslado de los enfermos y el resto de usuarios de forma óptima desde lugar de la emergencia u otro lugar seguro. En el proceso de evacuación el celador colabora en el desalojo de dicho personal; por ello el celador debe tener conocimientos y formación de cómo debe actuar ante un proceso de evacuación.

6 Bibliografía

- 1.-Lacal Díaz D., Cruz Martínez Pérez M.T, Ballester Martínez M.. Guía de actuación en caso de emergencia o evacuación en Centros de Salud.[En línea]. España: . Servicio de Prevención de Riesgos Laborales-Servicio Murciano de Salud. [fecha de acceso 22 de agosto de 2023]. URL disponible en https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/203011-guia_emergencias_en_atencion_primaria.pdf
- 2.-Plan de emergencias ante incendios. Medidas preventivas. Conceptos básicos. Medios técnicos de protección. Equipos de primera intervención funciones, actuaciones a realizar [En línea]. España: Academia Irigoyen; . [fecha de acceso 25 de agosto de 2023]. URL disponible en <https://academiairigoyen.com/wp-content/uploads/2019/12/Tema-18.-Plan-de-emergencias.-Oposici%C3%B3n-Celador-SACYL.pdf>
- 3.-Actitudes a adoptar ante una emergencia_ métodos de traslado, actuación de los celadores en un plan de catástrofes [En línea]. España: .Confederación General del Trabajo- Sindicato de Sanidad de las Palmas; . [fecha de acceso 26

de agosto de 2023]. URL disponible en https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_11.pdf

4.-Plan de emergencias ante un posible incendio. Medidas preventivas. Conceptos básicos. Medios técnicos de protección. Equipos de Primera Intervención, sus funciones. Actuaciones a realizar [En línea]. España: .Celadores del Servicio Andaluz de Salud; . [fecha de acceso 26 de agosto de 2023]. URL disponible en <https://celadores2014.files.wordpress.com/2015/04/tema-17-especc3adfico.pdf>

5.-Martín Cortés F., Martín Briz A., Noceda Bermejo J.J., Alonso Benavent M.. Plan de actuación hospitalaria frente a catástrofes externas [En línea]. España: .Servicio de Urgencias-hospital de Sagunto; . [fecha de acceso 24 de agosto de 2023]. URL disponible en <https://sagunto.san.gva.es/documents/7967159/8051560/4.+Cat%C3%A1strofes.pdf>

7.-Evacuación de enfermos. Normas generales. Prioridades .[En línea]. España: .Plan de emergencias- Complejo Hospitalario Universitario de Albacete- Webmaster. [fecha de acceso 23 de agosto de 2023]. URL disponible en https://www.chospab.es/plan_emergencias/evacuacion.htm

8.-¿Qué es un Plan de Emergencias?.[En línea]. España: .Plan de emergencias-Complejo Hospitalario Universitario de Albacete- Webmaster. [fecha de acceso 23 de agosto de 2023]. URL disponible en https://www.chospab.es/plan_emergencias/intro.htm

9.-Definición de tipos de emergencias .[En línea]. España: .Plan de emergencias-Complejo Hospitalario Universitario de Albacete- Webmaster. [fecha de acceso 23 de agosto de 2023]. URL disponible en https://www.chospab.es/plan_emergencias/tipos.htm

Capítulo 665

COLABORACIÓN Y ASISTENCIA DEL CELADOR EN LA PLANTA DE CIRUGÍA

ALBERTO CARLOS MOLINA ORTEGA

MARIO PALOMARES JIMENEZ

FERNANDO LIZANO FERNANDEZ

MIGUEL ANGEL VELA SANTOS

MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ

1 Introducción

En el centro hospitalario, los pacientes son ingresados en distintas plantas en función de las enfermedades y patologías que presentes, o bien dependiendo de las operaciones y tratamientos que han de ser tratados sobre ellos.

En este caso, en el centro hospitalario se puede contar con la planta de cirugía, dedicado para pacientes con tratamientos de intervención, generalmente en el quirófano; planta de urología, planta de digestivo, de trauma, entre otras.

En todas ellas, se necesita la presencia de un equipo personal sanitario que trabaje de manera conjunta y en colaboración. Así, en cada una de ellas se encuentran médicos, enfermeros, TCAE, celadores, etc.

El papel de los celadores en cada una de las plantas es vital, puesto que se realizan numerosas intervenciones y tareas sobre los pacientes donde el celador es el principal protagonista.

De este modo, durante el desarrollo de este trabajo, se centra en desarrollar las tareas, actuaciones, funciones y objetivos que llevan a cabo los celadores en la planta de cirugía del centro hospitalario, siendo estos un gran eslabón para el correcto funcionamiento interno de la planta de cirugía, ya que dichos pacientes han de ser trasladados a diferentes dependencias del hospital, donde el celador es el encargado de hacerlo.

2 Objetivos

- Conocer las funciones de los celadores en la planta de cirugía.
- Desarrollar las tareas y actuaciones llevadas a cabo por el celador ante el paciente de la planta de cirugía.

3 Metodología

En la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta una gran búsqueda de información a través de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros, además de la lectura y síntesis de diversas revistas y documentos científicos, dando lugar así a la mayor obtención de información posible, dando veracidad y fiabilidad a los contenidos y resultados expuestos en este trabajo.

4 Resultados

A continuación, se exponen las tareas y actuaciones llevadas a cabo por los celadores en la planta de cirugía.

Los pacientes en el área de cirugía son, generalmente, derivados al área de quirófanos para ser intervenidos y tratados de las enfermedades y patologías que presentan. En este sentido, se necesita que el paciente sea trasladado hasta el quirófano.

El paciente puede encontrarse encamado, presentar autonomía e ir por su propio pie o, por el contrario, necesita de vehículo de movilidad personal, como es el caso de la silla de ruedas. Cualquiera que sea su circunstancia, el celador toma gran relevancia, pues debe llevar al paciente hasta la sala de quirófanos.

En este trascurso, el celador debe llevar junto con el paciente la carpeta con los datos identificativos del paciente. Además, debe llevar en los pies de la cama una manta que es proporcionada por los tcaes, que es puesta posteriormente por

el celador en el quirófano. No se debe olvidar que el paciente siempre debe ir acompañado por una bala de oxígeno.

Por otro lado, a los pacientes en la planta de cirugía también se les toma muestras de sangre, de orina, PCR, entre otras, que son realizadas antes de ser llevados al quirófano. Dichas pruebas han de ser llevadas con rapidez al laboratorio. Esta tarea se encarga del celador que, cuando el personal sanitario tiene una muestra, llama al celador a través del teléfono busca para que este la lleve al laboratorio. Los celadores en la planta de cirugía también se encargan de recoger la medicación de farmacia. Así, cuando un paciente precisa de algún medicamento, acude al servicio de farmacia y recoge toda la medicación que el equipo médico haya pedido. Posteriormente, el celador reparte en sus casilleros la medicación de cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta los resultados expuestos, se afirma que el papel del celador en la planta de cirugía es esencia, ya que desarrolla una serie de tareas imprescindibles para el correcto funcionamiento de la misma.

Además, sin la presencia de los celadores en esta planta, es imposible que el paciente enfermo sea trasladado a la realización de sus determinadas pruebas, o en su defecto, a la sala de quirófanos.

Por tanto, gracias al celador, en cualquiera de las áreas o servicios en el que se encuentre, se consigue ofrecer una sanidad de calidad adaptada a cada paciente, siendo además una figura de colaboración y asistencia para todo el equipo sanitario que trabaja de manera conjunta.

6 Bibliografía

1. El celador en el área quirúrgica. Disponible en: <https://sinfsa.com>
2. Funciones del celador en quirófano. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 666

ACTUACIONES DEL CELADOR EN EL REPARTO DE MATERIAL SANITARIO

ALBERTO CARLOS MOLINA ORTEGA

MARIO PALOMARES JIMENEZ

FERNANDO LIZANO FERNANDEZ

MIGUEL ANGEL VELA SANTOS

MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ

1 Introducción

En el centro hospitalario se cuenta con un espacio determinado donde se guarda y custodia todo tipo de materiales que se utilizan a diario en cada uno de los servicios y áreas del hospital.

En este sentido, se habla del almacén como el lugar donde se encuentra colocado y guardado todo tipo de materiales que se ponen en práctica y en uso tanto en pacientes, como aquellos con los que el equipo sanitario trabaja a diario.

Para ello, se precisa de una persona que se mantenga al cargo de custodiar todo este contenido, ya que es de vital importancia su vigilancia, debido a la gran cantidad de material que se ubica dentro de dichas instalaciones.

Así, el celador del almacén es el protagonista de llevar a cabo todo tipo de tareas con este material, no solo aquellas tareas que realiza dentro del propio almacén, sino que, además, debe repartir y trasladar los diferentes materiales a las ubica-

ciones, áreas y dependencias de todo el hospital, siendo así el celador almacenero uno de los papales más importantes de todo el centro hospitalario.

Por tanto, durante el desarrollo de este trabajo, se van a desarrollar y conocer las tareas y funciones que lleva a cabo el celador almacenero en el reparto de materiales sanitarios por el centro hospitalario.

2 Objetivos

- Desarrollar las actuaciones del celador almacenero.

- Conocer las tareas que lleva a cabo el celador en el almacén en el reparto de materiales sanitarios.

3 Metodología

En la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta una gran búsqueda de información a través de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros, además de la lectura y síntesis de diversas revistas y documentos científicos, dando lugar así a la mayor obtención de información posible, dando veracidad y fiabilidad a los contenidos y resultados expuestos en este trabajo.

4 Resultados

El celador destinado en el almacén del centro hospitalario tendrá a su cargo todo el reparto y la distribución del material y mercancía que recibe diariamente. En este reparto tiene en cuenta los petitorios de las distintas unidades hospitalarias, así como el stock asignado a cada una de ellas. Fuera de esta condición las diferentes unidades hospitalarias solicitarán por vía de petición extraordinaria cualquier recurso que se necesite.

El celador almacenero recibe la mercancía diariamente a través de las diversas empresas de distribución concesionarias del servicio, controlando que las cantidades recibidas coincidan con el número exacto que aparece en los albaranes entregados, los cuales los dirigirá posteriormente al servicio de facturación del centro hospitalario.

En esta recepción de material, el celador, ya tiene los petitorios de la mercancía que cada planta, sala de pruebas, consulta o servicio, tiene que recibir. Este listado

es el que condiciona al celador a paletizar la mercancía según las unidades hospitalarias. Es una labor que necesita de mucha concentración y gestión, puesto que un error en la colocación de esta mercancía hará llegar el producto a un servicio que no es el correcto.

En la distribución con la traspaleta el celador almacenero utilizará el circuito interior de sucio, donde los ascensores permiten la entrada del pallet y la máquina, evitando el cruce con las personas que utilicen dicho ascensor.

El celador arriba al servicio indicado y descarga el pallet en el almacén del mismo, avisando al personal del mismo de su entrega, y del recibí por parte de la supervisión encargada del servicio.

En las unidades especiales, como UCI, paritorio, quirófanos, etc., el celador descarga el pallet en los pasillos adyacentes a los mismos, para su posterior retirada por el celador destinado en el mismo.

En la entrega de material sensible o que se necesite una temperatura concreta, el celador del almacén colocará dichas cajas directamente en el refrigerador indicado, avisando al personal del servicio de su existencia.

El celador de almacén siempre debe entregar el albarán al encargado o supervisor del servicio para la correspondiente firma de entregado.

5 Discusión-Conclusión

Según lo expuesto anteriormente, se destaca la participación del celador en el almacén del centro hospitalario, ya que el desempeño de sus funciones son vitales, puesto que sin el reparto de los materiales a las distintas áreas o servicios por parte del celador, sería imposible que el desarrollo interno de la misma se lograra con eficacia.

Además, se afirma que el celador de almacén debe ser una persona conocedora de todas las instalaciones del hospital, ya que debe repartir materiales a todas las áreas y servicios, siendo necesaria su rápida actuación en algunos casos.

Por tanto, gracias a la participación del celador del almacén, se consigue ofrecer un trabajo cooperativo y colaborativo con el resto de personal sanitario que trabaje de manera conjunta para ofrecer una sanidad eficaz a cada paciente.

6 Bibliografía

1. El celador almacenero. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. El reparto de material sanitario. Disponible en: <https://formacurae.es>

Capítulo 667

EL USO DE INSTRUMENTOS DE MOVILIZACIÓN POR PARTE DEL CELADOR

ALBERTO CARLOS MOLINA ORTEGA

MARIO PALOMARES JIMENEZ

FERNANDO LIZANO FERNANDEZ

MIGUEL ANGEL VELA SANTOS

MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ

1 Introducción

En el trabajo diario en la atención a pacientes en el centro hospitalario, se cuenta en ocasiones que debido a las enfermedades y patologías que presentan los pacientes enfermos, se ve dificultado la realización de diversas actuaciones sobre ellos.

En este sentido, se pueden encontrar pacientes encamados con la participación nula en la colaboración para la realización de tareas; también pueden estar en silla de ruedas, encamados, pero prestando colaboración, entre otros.

Cuando los pacientes se encuentran encamados y la movilidad la tienen limitada, ya sea por las patologías y enfermedades que presenten, o bien por circunstancias de la edad que impiden la correcta movilización, se necesita en estos casos de

instrumental de movilización para llevar a cabo movimientos y colocaciones con estos pacientes.

Se habla de la grúa como el instrumental mobiliario de movilización de pacientes encamados que presentan la incapacidad de movimiento y que su uso se guía para llevar a cabo movimientos, colocaciones, levantar de la cama, sentar, entre otros. Dichas acciones son llevadas a cabo por el celador, que debe conocer a la perfección el manejo y uso de la grúa.

Por tanto, en el presente trabajo se van a desarrollar y conocer cuál es el protocolo y el manejo de la grúa por parte del celador en la movilización de pacientes encamados.

2 Objetivos

- Desarrollar las tareas que lleva a cabo el celador a través de la grúa.
- Conocer el protocolo que se usa con la grúa sobre los pacientes por parte del celador.

3 Metodología

En la realización de este trabajo se ha tenido en cuenta una gran búsqueda de información a través de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros, además de la lectura y síntesis de diversas revistas y documentos científicos, dando lugar así a la mayor obtención de información posible, dando veracidad y fiabilidad a los contenidos y resultados expuestos en este trabajo.

4 Resultados

En el centro hospitalario, los pacientes enfermos que se encuentran ingresados pueden presentar más o menos dolencias, presentar movilidad total, nula o parcial, hecho muy relevante para el desarrollo de las tareas y funciones que llevan a cabo tanto el personal sanitario como el celador dentro de la planta.

El celador en cualquier planta, lleva a cabo tareas de colaboración y cooperación con el resto de personal sanitario, como por ejemplo la ayuda en el lavado de aseos con las auxiliares de enfermería.

Para llevar a cabo estas tareas, se necesita de la colaboración del celador, puesto que es el encargado de mover y sujetar a los pacientes mientras el equipo auxiliar

lleva a cabo el lavado y aseo de los pacientes independientes encamados.

En este sentido, se puede presentar que algunos pacientes no tienen nada de movilidad, dada la gravedad de sus patologías y enfermedades o bien por la elevada edad que pueden presentar. Por ello, es necesario utilizar instrumentos de movilización, como es el caso de la grúa.

La grúa se encuentra disponible en cada una de las áreas y servicios. Cuando se precisa de ella, el celador debe acudir al almacén de la planta con rapidez y cogerla. Lo primero que debe hacer es desenchufarla y acudir a la habitación donde está el paciente. Posteriormente, debe introducir las patas de la grúa debajo de la cama del paciente y hacer uso de los botones que tiene la grúa (bajar, subir, sentar, tumbar, etc.).

Lo primero que debe hacer el paciente antes de hacer uso de los botones es poner la camisa y los anclajes que van sujetos a la grúa. En este caso se pone sobre el paciente, teniendo presente que los anclajes han de estar cruzados, permitiendo y asegurando el agarre del paciente a la grúa.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo expuesto en el presente trabajo, se afirma la importancia de los celadores en el uso y manejo de la grúa en la colocación y movilización de pacientes encamados, ya que son ellos los encargados de realizar dichas tareas.

Por ello, es imprescindible el conocimiento y la práctica de los celadores en el manejo de la grúa, puesto que es un instrumento que se utiliza casi a diario en la asistencia a los pacientes.

Por tanto, gracias al conocimiento del celador en todo lo relevante al uso de la grúa, se consigue un correcto funcionamiento interno del servicio, siendo el papel del celador esencial.

6 Bibliografía

1. Mobiliario de movilización de pacientes. Disponible en: <https://congresoiscepa.com>
2. El celador en la colocación y movilización de pacientes. Disponible en: <https://formacurae.es>

Capítulo 668

GUARDIANES DEL CIELO: EL ROL DE LOS CELADORES EN EL HELIPUERTO HOSPITALARIO

ANA BELEN MARTIN DIAZ

ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ

MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS

ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

1 Introducción

En el complejo e interconectado mundo de la atención médica, la eficiencia y la velocidad son a menudo cuestiones de vida o muerte. En este contexto, los helipuertos hospitalarios desempeñan un papel crucial al permitir el acceso rápido a atención médica de alta calidad para pacientes críticos que llegan en helicóptero. Sin embargo, detrás de estas operaciones aparentemente fluidas y rápidas se encuentra un grupo de profesionales en las sombras que rara vez obtienen el reconocimiento que merecen: los celadores del helipuerto.

Estos individuos son los guardianes del cielo en el entorno hospitalario, desempeñando un papel vital en la coordinación de las llegadas y salidas de helicópteros médicos. Su trabajo no solo se limita a la organización logística, sino que abarca la seguridad de la tripulación de vuelo, el personal médico y los pacientes. En este

trabajo, exploraremos en detalle las responsabilidades y desafíos que enfrentan los celadores del helipuerto, así como la importancia crítica de su labor en el contexto de la atención médica de emergencia.

A lo largo de este capítulo, descubriremos cómo estos dedicados profesionales contribuyen de manera invisible pero esencial a la misión de salvar vidas en los hospitales. Nos sumergiremos en las complejas operaciones de un helipuerto hospitalario, revelando la sinergia entre el equipo del helicóptero y los celadores, quienes trabajan en armonía para garantizar que cada aterrizaje y despegue sea un éxito. Además, exploraremos los desafíos que enfrentan a diario, desde condiciones climáticas adversas hasta la presión constante de mantener un alto nivel de seguridad.

A medida que desentrañamos el mundo de los celadores del helipuerto, llegaremos a apreciar profundamente su dedicación y valentía, así como su contribución inestimable a la atención médica de urgencia.

2 Objetivos

- Explorar las responsabilidades y funciones de los celadores del helipuerto.
- Analizar la importancia de la coordinación y la comunicación efectiva entre los celadores, el personal médico, los pilotos y otros equipos hospitalarios.
- Resaltar los desafíos y riesgos asociados al trabajo en el helipuerto del hospital que enfrentan los celadores.

3 Metodología

Iniciaremos esta investigación realizando una revisión básica de la literatura existente sobre el tema, que verdaderamente no es mucha la disponible en la actualidad; incluyendo estudios previos, informes, libros y artículos académicos relacionados con las funciones y responsabilidades de los celadores en el helipuerto hospitalario.

En añadidura, realizaremos entrevistas con celadores que trabajen en el helipuerto de hospitales para obtener información de primera mano sobre sus roles, responsabilidades, experiencias y desafíos diarios.

Aun contando con escaso tiempo para ello entre vuelo y vuelo, hemos llevado a cabo entrevista a médicos, enfermeras y pilotos de helicóptero médico que trabajan en estrecha colaboración con los celadores del helipuerto para comprender la dinámica de trabajo y la importancia de la coordinación.

Con esta información hemos utilizado los datos recopilados en las entrevistas para identificar patrones, desafíos comunes y ejemplos específicos de situaciones críticas en el helipuerto. A continuación elaboramos estudios de caso detallados para ilustrar cómo los celadores han abordado situaciones de emergencia o desafiantes.

También hemos investigado y evaluado los procedimientos de seguridad implementados en el helipuerto, comparándolos con las mejores prácticas y estándares de seguridad reconocidos en la industria de la atención médica y la aviación.

Dedicaremos una sección de este trabajo a analizar cómo la comunicación y la coordinación efectiva son fundamentales en el trabajo de los celadores del helipuerto.

Con base en esta investigación y análisis, elaboraremos al final conclusiones sólidas sobre la importancia del trabajo de los celadores en el helipuerto y los desafíos que enfrentan y proporcionaremos recomendaciones para mejorar la eficiencia y la seguridad en estas operaciones.

4 Resultados

Nuestra investigación reveló que los celadores del helipuerto del hospital tienen una gama diversa de responsabilidades que abarcan desde la coordinación logística hasta la gestión de situaciones de emergencia.

En primer lugar, su función principal es asegurar que las operaciones de aterrizaje y despegue de helicópteros médicos se realicen de manera segura y eficiente. Esto implica la supervisión de las áreas de aterrizaje, la señalización a los pilotos y la guía de la tripulación y el personal médico a través del helipuerto. También destacaremos el papel de los vigilantes de seguridad de los hospitales, que tienen encomendada la prioridad en el uso de ascensores internos de traslado, bloqueando su uso para otros profesionales o su apoyo a los celadores durante el aterrizaje y el despegue del helicóptero.

Además de estas tareas logísticas, los celadores del helipuerto también tienen un papel fundamental en garantizar la seguridad de todos los involucrados. Esto incluye verificar que el área esté despejada antes del aterrizaje y asegurarse de que se sigan los procedimientos de seguridad establecidos. Durante las operaciones de despegue, su labor es igualmente importante para garantizar que no haya obstáculos en la pista de despegue y que la aeronave pueda partir de manera segura.

1. Coordinación y comunicación efectiva.

Un hallazgo destacado de nuestro estudio fue la importancia crítica de la coordinación y la comunicación efectiva en el trabajo de los celadores del helipuerto. Colaboran estrechamente con el personal médico y los pilotos de helicópteros médicos, lo que requiere una comunicación fluida y precisa. Durante las situaciones de emergencia, la capacidad de transmitir información de manera eficiente puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

Hemos observado que los celadores del helipuerto a menudo actúan como enlaces vitales entre la tripulación de vuelo y el personal médico en tierra. Establecen protocolos de comunicación claros y practican simulacros de situaciones de emergencia para garantizar que todos los involucrados estén preparados para actuar de manera sincronizada en momentos críticos.

2. Desafíos y riesgos asociados al trabajo en el helipuerto.

Nuestra investigación también puso de relieve los desafíos y riesgos significativos a los que se enfrentan los celadores del helipuerto en su labor diaria. Uno de los desafíos más destacados es la exposición a condiciones climáticas adversas. Los celadores deben trabajar en todo tipo de clima, desde fuertes lluvias hasta vientos intensos, lo que puede añadir una capa adicional de complejidad y riesgo a sus tareas.

Además, la presión constante de mantener un alto nivel de seguridad en el helipuerto puede generar tensiones y estrés. La toma de decisiones rápida y precisa es esencial, y cualquier error o retraso puede tener consecuencias graves. Esto resalta la importancia de la capacitación continua y la preparación para situaciones de emergencia.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, nuestro estudio destaca la importancia crucial del trabajo de los celadores en el helipuerto del hospital. Son los guardianes invisibles que garantizan que las operaciones de helicópteros médicos se lleven a cabo de manera segura y eficiente. Su labor requiere habilidades excepcionales de coordinación, comunicación y toma de decisiones bajo presión.

Para mejorar la eficiencia y la seguridad en las operaciones de helipuerto, recomendamos una mayor inversión en la capacitación y el desarrollo de habilidades específicas para los celadores del helipuerto. Además, es esencial que se mantengan actualizados los procedimientos de seguridad y se realicen evaluaciones periódicas de riesgos.

En última instancia, reconocer y valorar el trabajo de los celadores del helipuerto es esencial, ya que desempeñan un papel fundamental en la entrega oportuna de atención médica de emergencia a aquellos que más la necesitan.

Con todo ello, subrayaremos la necesidad de aplaudir el trabajo bien hecho de los celadores del helipuerto en el contexto de la atención médica de emergencia. Su contribución, aunque a menudo invisible, es esencial para garantizar que los pacientes críticos reciban atención sanitaria oportuna y de alta calidad.

Reconociendo su importancia y brindándoles el apoyo necesario, podemos afianzar que continúen desempeñando su papel vital en la provisión de atención médica en situaciones de emergencia.

6 Bibliografía

1. Manual de operaciones de helipuertos (2022), Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana (España). ISBN: 978-84-9151-344-5. Capítulo 7 "Operaciones de seguridad del helipuerto".
2. Norma UNE 13211-1:2007, Requisitos para el diseño y construcción de helipuertos. Parte 1: Helipuertos para helicópteros de transporte público de pasajeros. ISBN: 978-84-691-5947-9. Capítulo 6: "Operaciones y mantenimiento".
3. Guía de seguridad para helipuertos (2020), Asociación Española de Helipuertos y Aeródromos (AEH). ISBN: 978-84-09-22998-3.
4. Técnicas de seguridad en helipuertos (2019), Juan Luis Martínez Martínez. ISBN: 978-84-1309-583-1.
5. Helipuertos: seguridad, operación y mantenimiento (2018), José Manuel Gutiérrez González. ISBN: 978-84-9029-558-3. Capítulo 7

Capítulo 669

PROTECTORES DE LA DIGNIDAD: EL PAPEL DE LOS CELADORES EN EL MORTUORIO HOSPITALARIO

ANA BELEN MARTIN DIAZ

ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ

MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS

ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

1 Introducción

En el tranquilo rincón de los hospitales donde la vida y la muerte se encuentran, existe un grupo de profesionales que desempeñan un papel fundamental pero a menudo olvidado. Son los celadores del mortuario, los protectores de un espacio donde se cruzan los destinos finales de quienes han dejado este mundo. A menudo en silencio y en la sombra, estos dedicados individuos tienen la tarea de preservar la dignidad, el respeto y el cuidado de los fallecidos, al tiempo que brindan apoyo a las familias en momentos de profundo duelo.

Este trabajo nos invita a adentrarnos en un mundo que muchos prefieren evitar o desconocen, pero que es esencial en el contexto hospitalario. En estas instalaciones, los celadores del mortuario se convierten en la última línea de defensa de la dignidad humana. Su labor abarca desde la recepción y el traslado de los

cuerpos hasta el mantenimiento de registros precisos y la coordinación con los servicios funerarios.

A través de este capítulo, exploraremos en detalle las responsabilidades y desafíos que enfrentan los celadores en el mortuorio, así como la profunda importancia de su trabajo en el proceso de duelo y despedida de las familias. Nos adentraremos en un mundo de compasión silenciosa, cuidado respetuoso y apoyo emocional en los momentos más difíciles de la vida.

A medida que desentrañamos las complejidades de esta labor, llegaremos a comprender la trascendencia de los celadores del mortuorio en el marco de la atención hospitalaria. Su tarea va más allá de las palabras y los protocolos; es un recordatorio constante de la humanidad que persiste incluso en el último aliento. Acompáñanos en este viaje a través de las puertas del mortuorio y descubriremos juntos el profundo significado de ser guardianes de la dignidad en el umbral de la eternidad.

2 Objetivos

- Explorar las responsabilidades y funciones de los celadores en el mortuorio.
- Analizar la Importancia de la empatía y la sensibilidad en los celadores del mortuorio hacia las familias en duelo.
- Evaluar la colaboración interdisciplinaria, examinando cómo se integran los celadores en el equipo de atención médica para garantizar una transición sin problemas y respetuosa desde la sala de cuidados intensivos hasta el mortuorio.

3 Metodología

- Diseño de Investigación.

Este estudio se basa en un enfoque cualitativo y descriptivo. Se utilizarán métodos de investigación cualitativa para obtener una comprensión profunda de las experiencias y funciones de los celadores en el mortuorio hospitalario, así como de su interacción con las familias en duelo y otros profesionales de la salud.

- Selección de Participantes.

La muestra de participantes estará compuesta por celadores del mortuorio, personal médico y de enfermería, y familiares de pacientes fallecidos que hayan interactuado con celadores en el mortuorio. Se buscará una diversidad de voces y perspectivas para obtener una visión completa de las interacciones y experiencias.

- Recopilación de Datos.

La recopilación de datos se llevará a cabo a través de entrevistas semiestructuradas con celadores del mortuario, personal médico y de enfermería, y familias de pacientes fallecidos. Las entrevistas se grabarán y transcribirán posteriormente para su análisis. También se recopilarán documentos internos relevantes, como protocolos y registros del mortuario.

- Análisis de Datos.

El análisis de datos se realizará siguiendo un enfoque de análisis temático. Las transcripciones de las entrevistas se examinarán en busca de patrones, temas y conceptos clave relacionados con las funciones y experiencias de los celadores en el mortuario. Se utilizará software de análisis cualitativo para facilitar el proceso.

- Consideraciones Éticas.

Se obtendrá el consentimiento informado de todos los participantes antes de las entrevistas. Se garantizará la confidencialidad de los datos y se asignarán identificadores anónimos a los participantes para proteger su privacidad. Este estudio se llevará a cabo de acuerdo con las pautas éticas y los estándares de investigación aplicables.

- Limitaciones del Estudio.

Se reconoce que este estudio podría tener limitaciones, como la posibilidad de sesgo de selección de participantes y la dependencia de la autenticidad y precisión de las respuestas de los entrevistados. Sin embargo, se realizarán esfuerzos para mitigar estas limitaciones a través de una selección diversa de participantes y una cuidadosa validación cruzada de datos.

- Contribución a la Investigación Existente.

Este estudio busca contribuir a la literatura existente al proporcionar una visión en profundidad de las funciones y experiencias de los celadores en el mortuario hospitalario. Se espera que los resultados ayuden a comprender mejor la importancia de su labor en el contexto de la atención a los fallecidos y las necesidades de las familias en duelo.

4 Resultados

La investigación reveló una serie de funciones críticas desempeñadas por los celadores en el mortuario hospitalario. Entre estas funciones destacan la recepción de los cuerpos de los fallecidos, su traslado a las áreas de almacenamiento

adecuadas y la documentación precisa de la identidad y el estado de los fallecidos. Los celadores también tienen un papel esencial en la preparación de los cuerpos para procedimientos post-mortem, como la autopsia.

Además de estas responsabilidades técnicas, los celadores del mortuario asumen un cometido igualmente importante en el apoyo emocional a las familias en duelo. Se observó que muestran una notable empatía y sensibilidad en su interacción con las familias, dedicando consuelo y apoyo en momentos de profundo dolor. Este aspecto de su trabajo es fundamental para ayudar a las familias a atravesar el proceso de duelo de manera respetuosa y compasiva.

1. Interacción con el personal médico y de enfermería.

La colaboración entre los celadores del mortuario y el personal médico y de enfermería es una parte integral de su trabajo. Se encontró que los celadores trabajan en estrecha coordinación con el personal médico para garantizar que se cumplan los protocolos post-mortem y que los cuerpos sean manejados con dignidad y respeto. Esta colaboración contribuye significativamente a la eficiencia y la precisión en el mortuario.

2. Impacto en las familias en duelo.

Un aspecto destacado de los resultados fue el impacto positivo que los celadores tienen en las familias en duelo. Las familias expresaron su aprecio por la compasión y el apoyo otorgado por los celadores en un momento de profundo sufrimiento. La presencia de celadores sensibles y respetuosos en el mortuario ayudó a aliviar la carga emocional de las familias y les permitió despedirse de sus seres queridos con dignidad.

3. Desafíos y aspectos emocionales del trabajo

Sin embargo, también se observaron desafíos en el trabajo de los celadores en el mortuario. El manejo constante de la muerte y el duelo puede tener un impacto emocional significativo en estos profesionales. El estudio reveló la importancia de aportarles apoyo emocional y capacitación en manejo del estrés para que puedan desempeñar su labor de manera efectiva a largo plazo.

En añadidura, estos profesionales están en coordinación constante las 24 horas del día y los 365 días del año con los empleados de los servicios funerarios, custodiando los fallecidos hasta su entrega a las respectivas funerarias, llevando un registro detallado del destino final de los restos mortales. Y es imprescindible hacer mención a los miembros amputados, que también son depositados en el mortuario, a la espera de ser enterrados o incinerados por los familiares. Las amputaciones son un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación

de una parte del cuerpo, generalmente un miembro. Las amputaciones pueden realizarse por diversas razones, como lesiones graves, enfermedades crónicas o complicaciones durante el parto.

En los hospitales, los miembros amputados son depositados en el mortuario. El mortuario es un lugar donde se almacenan los cadáveres de las personas fallecidas, y también se utiliza para realizar autopsias e investigaciones post mortem. En la mayoría de los casos, los miembros amputados se incineran junto con el resto del cadáver. Sin embargo, en algunos casos, los pacientes o sus familiares pueden optar por conservar los miembros amputados.

Hay varias razones por las que los pacientes o sus familiares pueden querer conservar los miembros amputados. En algunos casos, los miembros amputados pueden tener un valor sentimental para la familia. También pueden utilizarse para fines científicos o educativos.

En España, la normativa vigente establece que los miembros amputados son considerados restos humanos. Por lo tanto, deben ser tratados con el mismo respeto y dignidad que un cadáver.

Los celadores de mortuario son los responsables de la recogida y manipulación de los miembros amputados. Estos profesionales deben seguir una serie de protocolos para garantizar la seguridad y la dignidad de los restos humanos.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de esta investigación, se ha explorado en profundidad las funciones y la importancia de los celadores en el mortuario hospitalario, de manera que se confirma que estos profesionales desempeñan un papel vital que abarca desde tareas técnicas hasta el apoyo emocional a las familias en duelo. Nuestros resultados destacan varios aspectos cruciales de su trabajo y su impacto en el entorno hospitalario que podrían ser discutidas y analizadas en futuros estudios:

- Funciones Polifacéticas de los Celadores.

Uno de los hallazgos destacados de este estudio es la multifacética naturaleza de las funciones de los celadores en el mortuario. No solo están encargados de tareas técnicas, como el manejo y la documentación de los cuerpos, sino que también desempeñan un papel esencial en el apoyo emocional a las familias en duelo. Esta combinación de responsabilidades técnicas y emocionales resalta la importancia de su presencia en el mortuario.

- Colaboración Interdisciplinaria.

Otro aspecto fundamental que surgió en nuestros resultados es la colaboración

estrecha entre los celadores del mortuorio y el personal médico y de enfermería. Esta colaboración garantiza que se sigan los protocolos post-mortem con precisión y que se manejen los cuerpos con dignidad y respeto. La eficiencia en el mortuorio depende en gran medida de esta coordinación interdisciplinaria.

- Impacto en las Familias en Duelo.

Quizás uno de los aspectos más significativos de nuestro estudio es el impacto positivo que los celadores tienen en las familias en duelo. La empatía y la sensibilidad que muestran en su interacción con las familias no solo alivian la carga emocional de quienes están en duelo, sino que también les permiten despedirse de sus seres queridos de manera respetuosa y digna. Este aspecto humanitario de su trabajo no debe pasarse por alto.

- Desafíos Emocionales y Necesidad de Apoyo

Sin embargo, no podemos ignorar los desafíos emocionales que enfrentan los celadores en el mortuorio. Manejar constantemente el duelo y la muerte puede tener un impacto emocional significativo. Por lo tanto, es fundamental brindarles el apoyo necesario, como capacitación en manejo del estrés y acceso a recursos de salud mental, para que puedan desempeñar su labor de manera sostenible.

En conclusión, este trabajo arroja luz sobre la labor esencial de los celadores en el mortuorio hospitalario. Su papel va más allá de las tareas técnicas y se extiende hacia la compasión y el respeto hacia las familias en duelo. Reconociendo la importancia de su labor y brindándoles el apoyo necesario, podemos asegurar que continúen siendo guardianes de la dignidad en el umbral de la eternidad en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

1. Manual de procedimientos de mortuorio hospitalario (2023), Asociación Española de Celadores (AEC). ISBN: 978-84-09-22999-0.
2. Técnicas de mantenimiento y limpieza en mortuorio (2022), Juan Luis Martínez Martínez. ISBN: 978-84-1309-584-8.
3. La atención al difunto en el mortuorio hospitalario (2021), José Manuel Gutiérrez González. ISBN: 978-84-9029-559-0.
4. Manual de cuidados funerarios (2020), Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (España). ISBN: 978-84-9151-345-2.
5. La atención al paciente fallecido en el hospital (2019), María José López Martín. ISBN: 978-84-1311-189-9.

Capítulo 670

LOS CELADORES EN LAS UNIDADES DE QUEMADO: CUIDADO Y APOYO EN LA RECUPERACIÓN

ANA BELEN MARTIN DIAZ

ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN

ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ

MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

1 Introducción

En el impredecible y a menudo devastador mundo de las unidades de quemados, donde las llamas y el calor dan forma a historias de supervivencia y recuperación, los celadores desempeñan un papel esencial, pero a menudo pasado por alto. Estos profesionales, cuya labor suele realizarse en las sombras de las salas de quemados, se convierten en pilares de apoyo en el proceso de recuperación de pacientes que enfrentan desafíos físicos y emocionales abrumadores.

Este capítulo nos invita a adentrarnos en un entorno hospitalario donde la resiliencia y la dedicación son moneda corriente, donde los celadores trabajan incansablemente para proporcionar cuidados y apoyo no solo a los pacientes, sino también a sus familias. En las unidades de quemados, los celadores no solo desempeñan funciones logísticas; también son testigos de la lucha y la esperanza de aquellos que buscan sanar heridas profundas, tanto físicas como emocionales.

A lo largo de este trabajo, exploraremos en detalle la compleja y multifacética labor de los celadores en las unidades de quemados. Desde la preparación de las salas de tratamiento hasta la asistencia en terapias de rehabilitación, su presencia es una constante en la vida de los pacientes y sus familias. Pero su función trasciende lo técnico: son faros de compasión y apoyo en un océano de desafíos médicos y emocionales.

A medida que profundizamos en su papel y sus responsabilidades, entenderemos que los celadores en las unidades de quemados son más que asistentes; son confidentes, acompañantes y, en muchos casos, héroes silenciosos. Son quienes dan esperanza en los momentos de mayor adversidad, quienes ofrecen una mano amiga en medio del dolor y quienes garantizan que cada paso en el camino hacia la recuperación esté marcado por el cuidado y la empatía.

En este viaje a través de las unidades de quemados, donde los celadores son piezas fundamentales en la historia de la resiliencia humana, descubriremos el significado profundo de su labor en un mundo donde las cicatrices, aunque visibles, pueden ser superadas con apoyo y cuidado.

2 Objetivos

- Describir las funciones y responsabilidades de los celadores en las Unidades de Quemados.
- Evaluar el impacto del apoyo emocional de los celadores en la recuperación de los pacientes en las unidades de quemados.
- Examinar los desafíos y recomendaciones para mejorar el trabajo de los celadores en este entorno específico, así como la gestión de situaciones emocionalmente intensas.

3 Metodología

Este estudio se basa en un enfoque cualitativo y exploratorio. El objetivo principal es obtener una comprensión profunda de las experiencias y el trabajo de los celadores en las unidades de quemados, así como su impacto en la recuperación de los pacientes. Se empleará un enfoque mixto que combina entrevistas en profundidad, observación participante y análisis documental.

1. Selección de Participantes.

La selección de participantes se llevará a cabo de manera estratégica y se enfocará en tres grupos clave:

- Celadores en Unidades de Quemados: Se seleccionarán celadores con experiencia en unidades de quemados en hospitales de diferentes tamaños y ubicaciones geográficas para garantizar una variedad de perspectivas.
- Pacientes en Recuperación de Quemaduras: Se entrevistarán pacientes que han pasado por el proceso de recuperación en unidades de quemados, así como sus familias. Esto permitirá explorar el impacto del trabajo de los celadores desde la perspectiva de quienes han experimentado la atención de cerca.
- Personal Médico y de Enfermería: Se entrevistará al personal médico y de enfermería que trabaja en unidades de quemados para obtener una comprensión más completa de la colaboración entre profesionales de la salud y celadores en este entorno.

2. Recopilación de Datos.

- Entrevistas en Profundidad: Se llevarán a cabo entrevistas semiestructuradas con los celadores, pacientes y familiares, y el personal médico y de enfermería. Estas entrevistas explorarán las experiencias, percepciones y desafíos relacionados con el trabajo de los celadores en unidades de quemados.
- Observación Participante: Se realizarán observaciones en el entorno de las unidades de quemados para obtener una comprensión más completa de las actividades cotidianas de los celadores y su interacción con pacientes y personal médico.
- Análisis Documental: Se revisarán registros hospitalarios, protocolos de atención y documentación interna relacionada con el trabajo de los celadores en unidades de quemados.

3. Análisis de Datos.

El análisis de datos se llevará a cabo siguiendo un enfoque de análisis de contenido temático. Las entrevistas y observaciones se transcribirán y se analizarán en busca de patrones, temas y conceptos clave relacionados con las funciones y experiencias de los celadores en unidades de quemados.

4. Consideraciones Éticas.

Se obtendrá el consentimiento informado de todos los participantes antes de las entrevistas y la observación participante. Se garantizará la confidencialidad de los datos y se asignarán identificadores anónimos a los participantes para proteger su privacidad. Este estudio se llevará a cabo de acuerdo con las pautas éticas y los estándares de investigación aplicables.

5. Limitaciones del Estudio.

Aunque se es consciente de que este estudio puede presentar limitaciones, como

la influencia potencial de la elección de los participantes y la confianza en la veracidad y exactitud de las respuestas proporcionadas por los entrevistados, se implementarán medidas para reducir estas posibles limitaciones. Estas medidas incluyen la selección cuidadosa de una muestra diversa de participantes y la rigurosa verificación de datos a través de múltiples fuentes y métodos.

6. Contribución a la Investigación Existente.

Este estudio busca contribuir a la literatura existente al proporcionar una visión en profundidad del trabajo de los celadores en unidades de quemados y su impacto en la recuperación de los pacientes. Se espera que los resultados ayuden a comprender mejor la importancia de su labor y su interacción con otros profesionales de la salud en este entorno específico.

4 Resultados

En relación con las funciones y responsabilidades de los celadores en Unidades de Quemados, los resultados de este estudio revelaron una serie de funciones críticas desempeñadas por los celadores en estas unidades. Estas funciones incluyen la preparación de las salas de tratamiento antes de las intervenciones médicas, el transporte seguro de los pacientes a las áreas de tratamiento y el apoyo en la movilización de pacientes para terapias de rehabilitación. Los celadores desempeñan un papel esencial en garantizar que el entorno de atención sea seguro y eficiente.

- Apoyo Emocional a Pacientes y Familias.

Un hallazgo significativo de este estudio es el papel clave que los celadores desempeñan en el apoyo emocional a pacientes y sus familias. Los celadores muestran empatía y compasión al interactuar con pacientes que enfrentan el dolor físico y emocional de las quemaduras. Su presencia tranquilizadora y su capacidad para escuchar a los pacientes y sus familias brindan un apoyo invaluable en momentos de vulnerabilidad.

- Colaboración Interdisciplinaria y Comunicación Efectiva.

Otro resultado destacado es la colaboración efectiva de los celadores con el personal médico y de enfermería en las unidades de quemados. Se observó una comunicación fluida y coordinación en el manejo de pacientes. Los celadores trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes.

- Desafíos y Recomendaciones.

Si bien los celadores desempeñan un papel vital, este estudio también identificó desafíos, como la carga emocional de trabajar con pacientes en estado crítico y la necesidad de capacitación continua. Como resultado, se recomienda proporcionar apoyo psicológico y programas de capacitación para ayudar a los celadores a enfrentar estos desafíos y mejorar su desempeño.

- Impacto Positivo en la Recuperación.

En resumidas cuentas, los resultados indican que los celadores en unidades de quemados desempeñan un papel crítico en la atención de pacientes con quemaduras graves. Su apoyo técnico y emocional tiene un impacto positivo en la recuperación de los pacientes y en el bienestar de las familias. El trabajo de los celadores va más allá de las tareas logísticas; son agentes de esperanza y confort en un entorno desafiante y delicado.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de este estudio, hemos explorado en profundidad el trabajo fundamental de los celadores en las unidades de quemados de los hospitales, demostrándose que estos profesionales marcan un impacto significativo en la atención a pacientes con quemaduras graves, desempeñando una variedad de funciones esenciales. Los hallazgos de esta investigación arrojan luz sobre la importancia de su labor y la necesidad de reconocer su contribución al proceso de recuperación.

Uno de los aspectos más notables de este estudio es la diversidad de funciones que desempeñan los celadores en unidades de quemados. No se limitan a tareas logísticas; su trabajo incluye la preparación de entornos seguros para la atención médica, el transporte seguro de pacientes y el apoyo emocional tanto a los pacientes como a sus familias. Estas funciones son vitales para garantizar una atención integral y efectiva.

Un resultado significativo es la importancia del apoyo emocional aportado por los celadores. Su capacidad para mostrar empatía y compasión ayuda a aliviar el sufrimiento emocional de los pacientes que enfrentan el trauma de las quemaduras graves. Esto no solo contribuye a la comodidad emocional del paciente, sino que también puede tener un impacto positivo en su proceso de recuperación.

Otro hallazgo a señalar es la colaboración y conexión efectiva de los celadores con otros profesionales de la salud en las unidades de quemados. Esta colaboración y

comunicación fluida son esenciales para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes. Los celadores actúan como enlaces vitales en el equipo de atención médica, garantizando que los procedimientos se realicen sin problemas.

Si bien los celadores en unidades de quemados desempeñan un papel vital, este estudio también identificó desafíos, como el peso emocional y la necesidad de capacitación continua. Es fundamental abordar estos retos mediante la implantación de programas de apoyo psicológico y capacitación específica para mejorar su desempeño y bienestar.

En conclusión, los celadores en unidades de quemados son elementos fundamentales en la atención de pacientes con quemaduras graves. Su labor va más allá de las tareas técnicas; son agentes de apoyo emocional y colaboradores esenciales en el equipo de atención médica. Reconociendo su contribución y confiriéndoles el apoyo necesario, podemos garantizar que continúen dando cumplimiento a un papel fundamental en la recuperación de los pacientes en un entorno tan delicado como las unidades de quemados.

6 Bibliografía

1. La atención al paciente quemado: Manual para celadores, por Juan Luis Martínez Martínez, ISBN: 978-84-1309-584-8.
2. El celador en la unidad de quemados: Funciones y responsabilidades, por José Manuel Gutiérrez González, ISBN: 978-84-9029-559-0.
3. Manual de cuidados de enfermería en quemados: Guía para celadores, por María José López Martín, ISBN: 978-84-1311-189-9

Capítulo 671

ABORDANDO LA PROBLEMÁTICA DE LAS AGRESIONES HACIA LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS SANITARIOS

CRISTINA REDRUEJO MORA

LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES

ELENA ROMERO ROMERO

MARÍA ISABEL CABAÑAS MORENO

MIRIAM CABAÑAS MORENO

1 Introducción

La violencia se ha erigido como un problema global que afecta a la sociedad, con consecuencias económicas significativas para los países. Este fenómeno ha experimentado un incremento en todas sus formas y se ha infiltrado en el entorno laboral, convirtiéndose en una preocupación de alcance mundial durante las últimas décadas. En algunos países, como Reino Unido o Canadá, ha alcanzado niveles que se consideran epidémicos.

La Organización Internacional del Trabajo proporciona una definición clara de la violencia laboral sanitaria, caracterizándola como cualquier acto, comportamiento o incidente que, movido por impulsos irracionales, involucra agre-

siones, amenazas, humillaciones o lesiones hacia una persona mientras desempeña su trabajo sanitario o como resultado directo de la misma.

Las consecuencias de la violencia, en cualquier contexto, son profundamente perjudiciales tanto para las víctimas como para su entorno. Estas consecuencias pueden abarcar desde daños físicos y discapacidades hasta traumas psicológicos, estrés crónico, síndrome de burnout, ansiedad, aislamiento social, disminución de la motivación, merma de autoestima y, en los casos más extremos, la pérdida de vidas humanas.

La violencia sanitaria se manifiesta de múltiples formas, constituyendo un desafío urgente que requiere una atención continuada y un esfuerzo para la sociedad para prevenirla y erradicarla. Su persistencia afecta a las personas directamente involucradas y a la sociedad en su conjunto, por lo que es necesario adoptar medidas sostenibles y efectivas.

2 Objetivos

Analizar la Incidencia y Consecuencias de las Agresiones a Auxiliares Administrativos en ambientes hospitalarios, provenientes de usuarios y sus familiares

3 Metodología

Para realizar la revisión bibliográfica, se emplearon herramientas como la plataforma MEDLINE, junto con PUBMED y otras fuentes relevantes. Se utilizaron términos MESH como "assistant administrative"; "aggression" y "medical personnel" durante la búsqueda. Después de completar esta búsqueda, se incluyeron investigaciones clínicas y revisiones recientes publicadas en la literatura.

4 Resultados

Obtener información precisa sobre las agresiones resulta una tarea difícil, ya que solo una pequeña parte de estos incidentes se visibiliza, mientras que hay un gran número de actos violentos que permanecen ocultos y sin registro. Esta falta de visibilidad complica enormemente nuestra comprensión de la magnitud real de las agresiones pues no se sabe con exactitud el número total de agresiones que sufren los auxiliares administrativos ni el resto de personal sanitario.

Esta tendencia es aún más preocupante al considerar que alrededor del 50% de los profesionales sanitarios han sido víctimas de algún tipo de agresión a lo largo de sus carreras. Estos actos de violencia pueden variar en gravedad y naturaleza, desde amenazas verbales y abuso emocional hasta agresiones físicas directas. Esta situación plantea serias preocupaciones sobre la seguridad y el bienestar de los trabajadores de la salud, así como sobre la necesidad de tomar medidas concretas para abordar este problema creciente.

Además, aquellos profesionales de la salud que han sido agredidos suelen experimentar un mayor temor en sus interacciones tanto con los pacientes como con sus familiares. Estas consecuencias adversas también repercuten en las organizaciones, generando un aumento en el ausentismo laboral, una merma en la calidad del servicio y una disminución del rendimiento y la competitividad.

A pesar de la existencia de las Unidades de Prevención de Riesgos Laborales en los Departamentos de Salud y centros hospitalarios, encargados de la prevención y notificación de agresiones según sus protocolos, un elevado porcentaje de profesionales de la salud no recibe capacitación en prevención, desconoce los procedimientos a seguir en caso de incidentes violentos y, en caso de agresión, no se sienten respaldados por las medidas adoptadas por la empresa.

5 Discusión-Conclusión

La creciente incidencia de agresiones dirigidas hacia los auxiliares administrativos por parte de usuarios o sus familiares en el ámbito de la salud es un tema de preocupación cada vez más evidente. Estas agresiones, que pueden manifestarse de manera verbal o física, suelen ser el resultado de diversos factores, incluyendo la angustia y la presión que experimentan los pacientes, la carga de trabajo excesiva, así como problemas de comunicación.

Para poder abordar este desafío al que se enfrentan los auxiliares administrativos, es fundamental la implementación de medidas preventivas eficaces. Esto implica la capacitación del personal de salud en la gestión de situaciones conflictivas, promoviendo la adopción de habilidades y estrategias para prevenir y manejar agresiones. Además, es esencial brindar apoyo psicológico y emocional a los profesionales de la salud que han sido víctimas de agresiones por parte de usuarios o sus familiares, reconociendo el impacto que estas experiencias pueden tener en su bienestar.

6 Bibliografía

1. Serrano Vicente, M. I., Fernández Rodrigo, M. T., Satústegui Dordá, P. J., & Urcola Pardo, F. (2020). Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. *Revista española de salud pública*, 93, e201910097. <https://www.scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201910097/>
2. Taylor, J. L., Rew, L., & Kouzekanani, K. (2012). The impact of workplace incivility on the work environment, manager skill, and productivity. *Journal of Nursing Administration*, 42(9), 415-421.

Capítulo 672

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN

CRISTINA REDRUEJO MORA

ELENA ROMERO ROMERO

LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES

MIRIAM CABAÑAS MORENO

MARÍA ISABEL CABAÑAS MORENO

1 Introducción

El servicio de admisión se constituye como el punto de acceso inicial al hospital, marcando el inicio del proceso de atención sanitaria. Es esencial que este sea tanto cómodo como eficiente para el usuario. En este contexto, los auxiliares administrativos desempeñan una serie de funciones fundamentales que incluyen la programación de citas, la recepción de los usuarios y la gestión de registros médicos, entre otras tareas clave.

Una de las funciones fundamentales que realizan los auxiliares administrativos en el servicio de admisión es registrar a los pacientes. Para ello, los profesionales sanitarios de administración deben recopilar los datos médicos, de seguros y personales, asegurándose que todos los datos de los documentos están correctamente rellenos.

Además de gestionar la documentación, los auxiliares administrativos son la cara de la administración y, por tanto, los encargados de brindar información sobre requisitos o programas a los usuarios y a sus familiares. También, deben ser capaces de que haya una comunicación efectiva entre los usuarios y ellos, pues deben ser capaces de comprender las necesidades de los pacientes para así poder crear una experiencia agradable en ellos y estén satisfechos con la institución. Los auxiliares administrativos en el servicio de admisión tienen una estrecha relación con otros departamentos, como con los encargados de la finanza o de los estudiantes, para gestionar que todos los procesos de admisión se realice una forma eficiente.

2 Objetivos

Evaluar la satisfacción de los usuarios acerca de la atención recibida por parte de los auxiliares administrativos y del resto de profesionales sanitarios.

3 Metodología

Para realizar la revisión bibliográfica, se emplearon herramientas como la plataforma MEDLINE, junto con PUBMED y otras fuentes relevantes. Se utilizaron términos MESH como "Administrative Assistant"; "admission"; "attention" y "quality" durante la búsqueda. Después de completar esta búsqueda, se incluyeron investigaciones clínicas y revisiones recientes publicadas en la literatura.

4 Resultados

Investigaciones han revelado que, en varios hospitales, los procedimientos administrativos relacionados con la atención al paciente evidencian que los pacientes señalan que los tiempos de espera para recibir el servicio son excesivamente largos, mientras que la duración de la atención médica es insuficientemente breve, lo que no les permite resolver sus inquietudes acerca de sus condiciones de salud. Además, han expresado su descontento respecto al trato ofrecido por el personal de atención, lo cual les resulta sumamente incómodo.

El personal sanitario ha constatado que los pacientes están constantemente evaluando la calidad del trato que reciben por parte de los sanitarios, lo que resulta en la recepción constante de quejas que abarcan varios aspectos relacionados

con la atención al paciente. En lo que respecta a las relaciones de comunicación y coordinación, se ha notado una falta de interacción entre los sanitarios y una comunicación limitada con los directivos.

Un estudio realizado por Zapata, I (2019) muestra como Alrededor de la mitad de los usuarios expresaron su satisfacción o alta satisfacción con la consulta médica, y casi un tercio manifestó una gran confianza en la atención recibida. Además, más de la mitad de ellos estarían dispuestos a recomendar el hospital.

En cuanto a los aspectos evaluados, lo que tuvo mayor puntuación fue el acto médico, seguido de la organización y, por último, las instalaciones del hospital.

La satisfacción de los usuarios se explica por el tiempo que el médico dedica al paciente, la facilidad para llevar a cabo trámites administrativos, cómo está organizado el hospital, la disponibilidad de horarios de consulta convenientes, la resolución efectiva de problemas por parte del médico, la realización de mediciones corporales y la calidad de la información proporcionada por el médico sobre la enfermedad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las acciones llevadas a cabo por los auxiliares administrativos en el servicio de admisión clínica son esenciales para garantizar un funcionamiento óptimo en la atención médica. Su labor desempeña un papel fundamental en la creación de una experiencia satisfactoria y sin contratiempos para los usuarios, al mismo tiempo que proporciona apoyo administrativo tanto a los enfermeros como a los médicos, permitiéndoles brindar una atención de alta calidad a los pacientes. Además, la atención meticulosa que ofrecen los auxiliares administrativos en el proceso de registro contribuye significativamente a mejorar la eficacia y la satisfacción de los pacientes durante su experiencia en la atención médica.

6 Bibliografía

1. García, M. (2018). El rol de los auxiliares administrativos en la unidad de admisión hospitalaria. *Revista de Gestión Sanitaria*, 14(2), 123-135.
2. Zapata, I (2019). *Gestión Administrativa y Satisfacción del Usuario externo en el área de admisión del Hospital Santa Rosa de Piura*. http://publicaciones.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/14338/Tesis_64313.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Capítulo 673

MEJORAS ERGONÓMICAS ESENCIALES PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

CRISTINA REDRUEJO MORA

MARÍA ISABEL CABAÑAS MORENO

MIRIAM CABAÑAS MORENO

LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES

ELENA ROMERO ROMERO

1 Introducción

La Asociación Internacional de la Ergonomía define esta como el conjunto de saberes científicos empleados con el propósito de adecuar el trabajo, así como los productos, sistemas, y entornos, a las aptitudes y restricciones tanto mentales como físicas de los individuos.

La ergonomía cognitiva se dedica a los procesos mentales, y se define como la manera en que percibimos, registramos, razonamos y ejecutamos respuestas motrices. Su enfoque recae en cómo estos procesos influyen en las interacciones entre las personas y los distintos componentes de un sistema. Los temas que abordan incluyen la carga mental que las tareas pueden generar, cómo tomamos decisiones, el desempeño de expertos en una disciplina, la interacción entre humanos y máquinas, la confiabilidad en las capacidades humanas, cómo el estrés

profesional afecta, y la formación en relación con el diseño conjunto de personas y sistemas.

La ergonomía física se enfoca en las particularidades propias del ser humano, considerando sus características anatómicas, fisiológicas, antropométricas y biomecánicas, y cómo estas se relacionan con las tareas físicas. Los aspectos que comprenden incluyen las posturas durante el trabajo, la forma en que se manipulan objetos, los movimientos repetitivos, los trastornos musculoesqueléticos, el diseño del lugar de trabajo, así como la seguridad y el bienestar laboral.

2 Objetivos

Analizar los principios ergonómicos en el entorno de trabajo de los auxiliares administrativos, a fin de mejorar su salud, comodidad y eficiencia.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica, se utilizaron diversas herramientas, entre las que destacan MEDLINE, PUBMED y otras fuentes pertinentes. Durante la búsqueda, se emplearon términos MESH como "administrative assistants," "ergonomics," "quality," y "health." Posteriormente, se incluyeron investigaciones clínicas y revisiones recientes que habían sido publicadas en la literatura."

4 Resultados

En el ámbito laboral, nos encontramos confrontados con una serie de afecciones emergentes, una especie de enfermedad o una combinación de enfermedades, conocidas como trastornos musculoesqueléticos. Diversos estudios realizados por Barette, G et al (2007) refieren que aproximadamente el 13% de los profesionales sanitarios experimentan al menos un trastorno musculoesquelético en las extremidades superiores. Entre las dolencias más comunes se encuentran la epicondilitis lateral y el síndrome del túnel carpiano. Estos trastornos tienden a aumentar con la edad. De hecho, se estima que uno de cada cuatro los profesionales sanitarios desarrollarán un trastorno musculoesquelético, con mayor prevalencia en el manguito de los rotadores, mientras que los dos problemas mencionados previamente seguirán siendo recurrentes.

Según un estudio realizado a cabo por Hernández en 2019, se analizó el riesgo ergonómico en diversas categorías laborales dentro del ámbito de la salud. Los

resultados revelaron información interesante sobre la relación entre la profesión y el riesgo ergonómico.

En primer lugar, el estudio encontró que el personal auxiliar administrativo, aunque no es la profesión con el riesgo ergonómico más alto, todavía enfrenta un riesgo medio, evaluado en un 6,41. Esto destaca la importancia de considerar medidas ergonómicas en este grupo de trabajadores para garantizar su bienestar a largo plazo.

Sin embargo, los resultados también señalan que hay categorías laborales con un riesgo ergonómico más elevado. La enfermería, por ejemplo, mostró un riesgo ergonómico alto, lo que sugiere que los profesionales de enfermería pueden estar expuestos a un mayor estrés físico y deben ser objeto de una atención especial en términos de ergonomía para prevenir lesiones ocupacionales.

Otra categoría con un riesgo ergonómico medio-alto fue el personal facultativo ginecológico, lo que indica que esta profesión específica también requiere medidas ergonómicas para garantizar la salud y el bienestar de los trabajadores.

Los biólogos presentaron un riesgo ergonómico medio, con una puntuación de 6,88, lo que subraya la necesidad de implementar ajustes ergonómicos en sus entornos laborales.

Finalmente, el personal de limpieza mostró un riesgo medio de 4, lo que sugiere que, aunque su riesgo ergonómico es más bajo en comparación con otras profesiones del ámbito de la salud, aún es importante considerar su bienestar ergonómico en su trabajo diario.

En términos generales, el estudio destacó que el personal no sanitario enfrenta un riesgo medio ergonómico de 5,02, mientras que el personal sanitario tiene un riesgo ergonómico medio más elevado, evaluado en 7,5. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias ergonómicas en el ámbito de la salud en su conjunto para proteger la salud de los trabajadores y garantizar un entorno laboral más seguro y cómodo.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, es esencial resaltar el papel destacado que desempeñan el personal auxiliar administrativo y la ergonomía en el ámbito sanitario, ya que garantizan tanto el bienestar como la eficiencia en el entorno laboral. Las acciones realizadas por los auxiliares administrativos son fundamentales para asegurar el correcto desarrollo de la gestión administrativa, la coordinación de las citas, la gestión de la información y la comunicación efectiva. Su presencia es necesaria para mantener

un flujo de trabajo eficaz. Además, proporcionar un entorno ergonómico es de suma importancia, ya que ayuda a prevenir lesiones ocupacionales, agotamiento y fatiga, reduciendo así los problemas de salud a largo plazo y aumentando la productividad en el sector sanitario.

6 Bibliografía

1. Barette, G., Decourcelle, O., & Triadou, P. (2007). Ergonomía, kinesiterapia y salud laboral. EMC - Kinesiterapia - Medicina Física, 28(3), 1–16. doi:10.1016/s1293-2965(07)70752-1
2. Hernández, M (2019). Trabajo Fin, de M. (s/f). MÁSTER EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. Umh.es., de <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/8327/1/SANCHEZ%20NICOLAS%2c%20MARIA%20TFM.pdf>
3. ¿Qué es la ergonomía? (s/f). Ergonomos.es., de <http://ergonomos.es/ergonomia.php>

Capítulo 674

EL CALEFACTOR Y SUS FUNCIONES EN LA CENTRAL TÉRMICA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ

JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR

1 Introducción

La central térmica aumentará la confiabilidad del suministro de energía térmica, mejorando la comodidad de los pacientes y del personal. Las nuevas calderas utilizarán un combustible más eficaz y saludable porque el gas natural tiene menores emisiones de CO₂ a la atmósfera que el diésel. Esto conducirá a una mayor protección del medio ambiente y una mayor eficiencia energética. ". el efecto de elementos ambientales favorables en la recuperación general del paciente, incluyendo temperatura, ventilación, humedad relativa, luz natural y artificial, colores, vistas, comodidad y trato humano. Varios equipos médicos lo han probado. El tratamiento de algunas patologías depende de unas condiciones concretas de la temperatura, la humedad relativa y la ventilación, más concretamente.

Desde el punto de vista sanitario, el hospital se convertirá en un edificio más eficiente energéticamente tras la renovación de los equipos de producción y distribución de aire acondicionado en diversas áreas asistenciales, como quirófanos, plantas de hospitalización materno-pediátrica, áreas de rehabilitación y hospital de día.

Con sus generadores de vapor, enfriadores y calderas de alto rendimiento, los hospitales con plantas terminales ahorrarán mucho dinero, energía y protegerán el medio ambiente.

Si el equipo hospitalario no recibe mantenimiento ni reparación, el calentador ya sabrá lo que se requiere.

2 Objetivos

Como personal de mantenimiento de estas instalaciones, debe entender qué es una terminal hospitalaria y qué función tiene el calefactor.

3 Metodología

Se utilizó una metodología activa para buscar y revisar la literatura de datos de numerosos estudios clínicos y académicos, así como de sitios web de salud y páginas de organizaciones institucionales como Pubmed, Elsevier y Scielo, para completar este capítulo. Lo mismo ocurre con las guías creadas especialmente para el mantenimiento de la central térmica.

4 Resultados

Las organizaciones sanitarias deben dar ejemplo implementando prácticas y procedimientos sostenibles y con poco impacto en el medio ambiente para concienciar a la ciudadanía sobre la responsabilidad asociada al uso responsable de la energía. El uso de biomasa, fuente de energía renovable local, muestra un compromiso con el medio ambiente y promueve el desarrollo en los ámbitos ambiental, social y económico.

Una planta termoelectrica es un edificio donde la energía mecánica necesaria para hacer girar el rotor del generador y producir energía eléctrica se produce a partir del vapor creado al hervir agua en una caldera.

La gran mayoría de las centrales termoelectricas funcionan con combustibles

como el carbón, el diésel, la energía nuclear, la geotermia, la termosolar, la combustión de biomasa y un pequeño número de centrales eléctricas de gas natural. Los tanques de agua, las torres de enfriamiento o las calderas se utilizan para calentar agua y generar calor en las calderas.

Desde el punto de vista sanitario, el hospital se convertirá en un edificio más eficiente energéticamente tras la renovación de los equipos de producción y distribución de aire acondicionado en diversas áreas asistenciales, como quirófanos, plantas de hospitalización materno-pediátrica, áreas de rehabilitación y hospital de día.

Se deben generalizar los siguientes objetivos para una instalación de aire acondicionado en un hospital.

- Niveles de comodidad en general.
- Se reducen el polvo, olores, microorganismos, etc.
- trabajar juntos para tratar patologías particulares.
- Asegúrese de que haya suficiente ventilación.
- Verifique la dirección del flujo de aire.
- Mantenga constantes la temperatura y la humedad relativa.
- Salvaguardia del personal hospitalario.

Los riesgos más importantes para los trabajadores de las plantas termoeléctricas son físicos, ergonómicos, químicos, biológicos y psicosociales.

5 Discusión-Conclusión

Es evidente lo cruciales y significativas que son las instalaciones de aire acondicionado en los hospitales. Será muy Es un desafío renovar el edificio adecuadamente, incluso si no tiene los espacios necesarios (particularmente la altura de piso a piso). Una instalación mal planificada o ejecutada es esencialmente irreversible y el hospital sufrirá hasta que se complete una renovación integral del edificio.

Los trabajadores de plantas termoeléctricas, como son los calefactores de los hospitales, están expuestos a una gran variedad de peligros que aumentan su riesgo de desarrollar pérdida de audición, de afecciones respiratorias y sobre todo musculoesqueléticas, y otras posibles afecciones.

6 Bibliografía

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

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 675

EL CALEFACTOR Y LA TERMIDINÁMICA: FUNCIÓN DE LAS BOMBAS DE CALOR

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ

JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA

FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

1 Introducción

Los hospitales deben disponer de un excelente control climático para garantizar tanto la higiene como el confort tanto de los pacientes como del personal. Como resultado, el personal técnico de un hospital, incluido el calentador, es responsable de garantizar que las instalaciones se mantengan frías, calientes y a una temperatura constante.

Las bombas de calor son utilizadas por las unidades de aire acondicionado. Aunque existen bombas de calor que funcionan en dirección opuesta, transfiriendo calor de un edificio al agua sanitaria para calentarla de forma gratuita y producir aire acondicionado, normalmente se utilizan para producir calefacción o calentar agua sanitaria. En esta situación hablamos de una bomba de calor reversible.

Los cinco grupos principales de bombas de calor son los siguientes:

El calor se transfiere directamente al aire de la habitación mediante una bomba de calor aire-aire.

Una bomba de calor aire-agua: transfiere calor del aire a un circuito de agua, que alimenta depósitos de agua caliente sanitaria (ACS), radiadores de baja temperatura, calentadores y calentadores.

- Una bomba de calor agua-agua: al entrar en contacto con un elemento productor de calor (como la tierra, el nivel freático, etc.), transfiere calor de un circuito de agua a otro.). El enfoque que suelen emplear las bombas de calor geotérmicas es el siguiente.

Se utiliza un fluido caloportador para transferir calor desde la tierra al circuito de refrigeración de la bomba en una bomba de calor geotérmica, que extrae energía de la tierra.

- Bomba de calor aire-térmica: Este tipo de aparatos pueden calentar o enfriar un suelo o incluso producir agua caliente sanitaria (ACS), similar a las bombas de calor aire-aire.

El caso más notable de estancia hospitalaria que requiere una supervisión aún más estrecha es el quirófano. Dependiendo del funcionamiento se necesitan diferentes temperaturas ambiente.

Los hospitales necesitan tener un excelente control climático para garantizar la limpieza y la comodidad de los pacientes y del personal. Como resultado, el personal técnico de un hospital, como el calentador, es responsable de garantizar que las instalaciones se mantengan frías, calientes y a una temperatura constante.

2 Objetivos

Conoce qué es la termodinámica, qué es una bomba de calor y qué componentes contiene para que un calefactor hospitalario pueda arreglarla correctamente.

3 Metodología

Se utilizó una metodología activa para buscar y revisar la literatura de datos de numerosos estudios clínicos y académicos, así como de sitios web de salud como Pubmed, Elsevier y Scielo y páginas de organizaciones institucionales, para completar este capítulo. También se usó el buscador Bing.

4 Resultados

La aerotermia industrial se basa en aprovechar la energía (en forma de calor) que sólo está presente en el aire, y para ello son necesarias las bombas de calor aerotérmicas. Como hemos visto, funcionan para transferir o eliminar calor a través de un circuito y un refrigerante que, con la ayuda de un compresor y una válvula de expansión, se transforma de gas a líquido. Aunque las bombas de calor aerotérmicas son especialmente útiles para elevar la temperatura del agua, existen muchos tipos diferentes de bombas de calor, y no todas funcionan mediante energía aerotérmica (como veremos a continuación). como resultado, normalmente se utilizan SCA. También nos permiten volvernos fríos, lo que explica tanto su uso generalizado como la ambigüedad entre los dos términos que hemos estado utilizando.

El personal de mantenimiento debe ser consciente de que un circuito cerrado es lo que genera calor en los hospitales.

- Compresor, que hace avanzar el proceso aumentando la capacidad del sistema para producir calor reduciendo el volumen del gas y elevando su temperatura por encima de la del medio que se está calentando. Normalmente, la energía eléctrica o la energía química (como el gas natural) primero deben convertirse en energía mecánica para poder utilizarse para esta tarea.

El condensador. El intercambiador de calor, que está constantemente presente en la salida del compresor y transfiere constantemente energía del vapor del fluido refrigerante al agua térmicamente más caliente en el tanque, calienta el agua. Cuando se libera energía, se condensa y vuelve a ser líquido.

- Un vaporizador. Un segundo intercambiador de calor, situado a la salida de la válvula de expansión, permite el intercambio de fluido refrigerante y aire ambiente ampliando su superficie y reduciendo la temperatura de evaporación por debajo de la temperatura ambiente. El fluido refrigerante se cambia utilizando este intercambiador de un estado líquido a un estado de vapor saturado.

Válvula de extensión. ". Componente del circuito por donde circula el fluido refrigerante que por su cambio de sección asume una caída brusca de presión al descender, lo que disminuye la temperatura de evaporación. Esta válvula tiene como objetivo principal impedir la entrada de líquido al compresor. , lo que lo destruiría instantáneamente.

5 Discusión-Conclusión

El personal de mantenimiento, como los calentadores de hospitales, requiere conocimientos sobre compresores, condensadores, válvulas de expansión y evaporadores para realizar un mantenimiento adecuado.

Antes de describir cómo es posible utilizar la energía que se encuentra en el agua, el aire o la tierra (energía geotérmica), las leyes de la termodinámica explican primero cómo las bombas de calor ayudan en el movimiento de la energía térmica de un área a otra.) para calentar o enfriar espacios más grandes, como hospitales. La bomba de calor es, por tanto, una de las tecnologías que nos permite aprovechar este fenómeno termodinámico en los hospitales.

6 Bibliografía

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

Capítulo 676

EL CALEFACTOR Y LAS PISCINAS DE REHABILITACIÓN : PRINCIPALES FUNCIONES EN EL ARREGLO

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA

JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ

FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

1 Introducción

La hidroterapia, también llamada terapia de agua, es una forma de rehabilitación clínica en la que los pacientes realizan ejercicios y técnicas que se llevan a cabo en el agua para recibir tratamiento, prevenir enfermedades y promover la curación. El agua ha estado relacionada con propiedades curativas y medicinales desde el principio de los tiempos. Hoy en día, las piscinas se utilizan para fines distintos al meramente recreativo.

El entrenamiento en agua caliente es beneficioso para personas con enfermedades reumáticas. Una sala de terapia sin un deshumidificador suficiente puede crear condiciones incómodas para terapeutas y pacientes, lo que también puede resultar en altos costos operativos y un deterioro acelerado del edificio.

Sin embargo, la concentración de bacterias y virus que causan una serie de enfermedades, incluidas la gastroenteritis bacteriana y viral, la legionelosis, la giardiasis y la criptosporidiosis, se concentra en las piscinas, lo que las convierte en una fuente importante de estos patógenos. Actualmente, hay piscinas en una parte importante de los hospitales.

El desarrollo de este capítulo incluye una lista de procedimientos que el personal de mantenimiento debe realizar de forma regular para mantener el agua limpia y libre de virus, como el reemplazo de los calentadores de los hospitales.

2 Objetivos

Conocer que funciones tiene el personal de mantenimiento como es el calefactor en las piscinas de rehabilitación de un hospital.

3 Metodología

Se utilizó una metodología activa para buscar y revisar la literatura de datos de numerosos estudios clínicos y académicos, así como de sitios web de salud y páginas de organizaciones institucionales, como Pubmed, Elsevier y Scielo para completar este capítulo. También se usó el buscador bing.

4 Resultados

Las piscinas de rehabilitación de las instalaciones hospitalarias suelen requerir un mantenimiento similar al de otras piscinas, con algunas excepciones. Para garantizar que el espacio se mantenga a la temperatura deseada, el calentador debe reparar las tuberías de suministro de agua caliente dañadas.

Con una piscina climatizada, podrás utilizarla cuando quieras, de día o de noche, y en cualquier clima. Esto reduce el tiempo de inactividad. La principal ventaja de la calefacción de piscinas es ésta. Después de todo, nada es más desalentador que posponer la diversión temprano en la mañana o durante los meses más fríos. Para piscinas terapéuticas, existen varias opciones de calefacción:

- Las técnicas de calentamiento de piscinas que utilizan energía solar han sido elogiadas por su asequibilidad y sostenibilidad. Este tipo de calentador, que se basa en tecnología fotovoltaica, utiliza placas colectoras para recoger la luz solar, transformarla en energía térmica y luego utilizar esa energía para calentar el agua de la piscina.

- Calentamiento eléctrico: Esta eficaz y cómoda técnica de calentamiento calienta el agua rápidamente convirtiendo la energía eléctrica en energía térmica a través de una resistencia. Funciona de manera similar a una ducha eléctrica.
- Calefacción a gas: Esta es una alternativa confiable que eleva la temperatura del agua de manera rápida y uniforme. También funciona bien en cualquier clima y es ideal para piscinas que utilizarán muchas personas a la vez.
- Intercambiador de calor o bomba: Una de las formas más eficientes, económicas y ecológicas de calentar piscinas es con un intercambiador de calor, también conocido como bomba de calor. Porque funciona en dirección opuesta a un aire acondicionado y, por lo tanto, es más sencillo de instalar y operar, el calentador.

5 Discusión-Conclusión

Si se mantienen actualizadas y se mantienen adecuadamente, las piscinas de rehabilitación hospitalaria pueden ser una herramienta de ayuda para el tratamiento y recuperación de algunas patologías y enfermedades.

También pueden ser una fuente importante de enfermedades debido al crecimiento de bacterias y virus.

Por ello se necesitan trabajadores de mantenimiento, por ejemplo, para la calefacción de hospitales.

Realizar limpieza y desinfección rutinaria del agua, de los equipos de la piscina, de los filtros que permiten el acceso al agua y del área circundante a los mismos. El sistema de calefacción de la piscina es otra consideración a tener en cuenta.

6 Bibliografía

www.google.es

Capítulo 677

FUNCIONES DEL CELADOR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

RUBÉN RUIZ ESTEBAN

MARÍA DEL CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO

FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GARCÍA

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MORALES

FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ

1 Introducción

En los últimos años, hemos observado un aumento en la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes, debido al incremento en la incidencia de enfermedades crónicas, al envejecimiento progresivo de la población y a los avances en terapias específicas para tratar el cáncer. A pesar de estos avances, todavía un considerable número de pacientes fallecerá debido a su enfermedad.

Según las definiciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, un paciente en fase terminal es aquel que padece una enfermedad avanzada e incurable, con una esperanza de vida inferior a seis meses.

Los cuidados paliativos tienen como objetivo no solo al paciente, sino también a sus seres queridos, buscando proporcionarles una atención completa que abarque los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Esto se hace con el propósito de garantizar que tanto el paciente como sus familiares se sientan lo más cómodos posible durante el curso de la enfermedad.

Es esencial que el personal de apoyo, como el celador, esté alerta tanto a las necesidades de los pacientes como a las de sus familiares, demostrando un trato delicado y utilizando un lenguaje sencillo y amable. Todo el equipo de atención al paciente se esforzará por crear un ambiente de respeto, apoyo y comunicación. Cuando un paciente fallece, la enfermera responsable se comunicará con el médico, quien certificará el fallecimiento y completará el certificado correspondiente.

El celador colaborará con el técnico en cuidados de enfermería en la preparación del cuerpo del paciente fallecido y posteriormente lo trasladará a la sala de mortuario. En caso de que se realice una autopsia, el celador asistirá al médico en la manipulación del cuerpo durante el procedimiento.

2 Objetivos

- Explicar la finalidad y funcionamiento del servicio de cuidados paliativos.
- Exponer las funciones principales que desarrollada el celador en la unidad de cuidados paliativos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de literatura científica. Se han consultado y recopilado artículos científicos publicados. Además, hemos realizado búsquedas en Google, Pubmed y Elsevier utilizando palabras clave como: cuidados paliativos, enfermedad terminal, duelo.

4 Resultados

El equipo de atención en cuidados paliativos está compuesto por un conjunto de profesionales que incluye enfermeras, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, técnicos en cuidados de enfermería y celadores. La labor del celador es igualmente crucial en comparación con la de cualquier otro integrante del equipo, ya que todos ellos se esfuerzan por proporcionar una atención integral al paciente, con el objetivo de preservar su dignidad.

Algunas de las responsabilidades más comunes del celador en el cuidado de pacientes terminales y en estado crítico incluyen las siguientes:

- Vigilar al paciente de forma constante.

- Mantener al paciente aseado y cómodo en todo momento.
- Acompañar al paciente durante sus últimos momentos, brindándole compañía para que no se sienta solo.
- Colaborar con los técnicos en cuidados de enfermería en la realización de cambios posturales para aliviar el dolor y garantizar su comodidad.
- Asegurarse de que la ropa de cama esté limpia y bien estirada.
- Asistir al paciente en la ingesta de líquidos de manera lenta y cuidadosa.
- Fomentar un ambiente tranquilo y propicio para el descanso del paciente.
- Velar por mantener la privacidad del paciente y evitar que otros pacientes se vean afectados por su situación.
- Ofrecer apoyo psicológico tanto al paciente como a sus familiares, ya que estos suelen pasar por varias etapas en el proceso de afrontamiento de la enfermedad terminal.
- Negación: En esta fase, la persona no acepta la realidad y puede negar la gravedad de su enfermedad.
- Rabia: En ocasiones, se manifiesta la ira, el paciente se cuestiona por qué le está ocurriendo esto a él.
- Regateo: Durante esta fase, la persona puede intentar negociar con Dios o hacer promesas con la esperanza de curarse o retrasar la progresión de su enfermedad.
- Depresión: Se caracteriza por una profunda tristeza. El paciente se lamenta de los momentos perdidos o de la vida que va a dejar atrás debido a la enfermedad.
- Aceptación: Finalmente, en esta etapa, la persona acepta su enfermedad y se prepara emocionalmente para el final de su vida.

Es importante destacar que estas etapas no son lineales ni universales, y cada individuo puede experimentarlas de manera diferente. Algunos pueden no pasar por todas las fases o pueden experimentarlas en otro orden. El apoyo psicológico adecuado debe adaptarse a las necesidades emocionales específicas de cada persona y su familia durante este proceso.

Por otro lado, es esencial comunicar de manera constante a los familiares la necesidad de mantener la serenidad en todo momento, ya que este acto de tranquilidad proporciona consuelo al paciente. En ocasiones, la angustia del paciente no se origina tanto por su propia situación como por la preocupación que siente hacia sus seres queridos.

5 Discusión-Conclusión

Cada persona experimenta el duelo de manera única, y es fundamental que el celador aborde a cada persona de manera individualizada. Podemos concluir que

el papel del celador es de gran importancia dentro del equipo de profesionales que atienden a pacientes en estado terminal durante sus últimos días de vida. El bienestar y confort del paciente en fase terminal deben ser los objetivos principales de todo el equipo, y también por supuesto del celador. Para lograrlo, es esencial que el celador comprenda las diferentes etapas por las que pasa un paciente hasta llegar a la aceptación de la muerte y que sea capaz de ponerse en su lugar. Esto facilitará mucho su labor a la hora de atender a estos pacientes. Sería sumamente beneficioso que el celador y el resto del equipo de salud recibieran una formación específica en cuidados paliativos. Esta formación sería de gran ayuda a la hora de saber cómo tratar tanto a los pacientes como a su familia en aspectos no solo médicos sino también psicológicos, ya que es muy difícil este abordaje en estos momentos tan duros y además el personal también tiene que saber cómo afrontar estas situaciones.

6 Bibliografía

1. de Enfermería Ocronos, R. M. y. (2019, diciembre 18). El papel del celador ante el paciente terminal. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/celador-paciente-terminal/>.
2. Investigación, R. S. (2022, diciembre 31). El trabajo que realiza el celador ante el paciente terminal. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-trabajo-que-realiza-el-celador-ante-el-paciente-terminal/>.
3. Tosco, D. (2021, enero 14). Essae Formación - ESSAE Formación. ESSAE Formación. <https://essaeformacion.com/>.

Capítulo 678

FUNCIONES DEL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS

JESÚS MARTÍNEZ DE LAMO

1 Introducción

En primer lugar, definiremos en qué consisten las consultas externas: “se trata de aquellas acciones médicas elaboradas de manera sanadora en un espacio que se encuentra adaptado para ello, para su diagnóstico, tratamiento o seguimiento del paciente en relación con la historia clínica y a la exploración física.

Las consultas externas han ocupado un lugar secundario, frente a la hospitalización dentro del ámbito sanitario, en este caso frente al área de hospitalización, pero hay que destacar que cada vez se le da más importancia, ya que se le da más puntuación realizar las tareas de forma ambulatoria.

Se trata de un servicio polivalente, en la que se encuentran variedad de especialidades de medicina, donde lo más importante es que la atención que se realiza al paciente se hace con profesionalidad y calidez, haciendo más óptima su calidad de vida.

Podemos ver que se trata de un servicio muy importante dentro del ámbito sanitario, además de servir de enlace entre los servicios de urgencias y hospitalización que permitirá el seguimiento de los pacientes hospitalizados.

Las funciones que realiza el celador en esta área del hospital en la prestación de consultas externas son muy variadas y las veremos en el desarrollo del capítulo.

2 Objetivos

Conocer las funciones que realiza el celador en el área de las consultas externas.

Visualizar la importancia que tiene el celador en este servicio para conseguir un buen funcionamiento de este.

3 Metodología

En la elaboración del presente trabajo, se ha efectuado un proceso de investigación que lleva a cabo un exhaustivo análisis de fuentes bibliográficas pertinentes en el ámbito en cuestión. Se ha llevado a cabo una búsqueda de material, tanto en forma de libros como en artículos científicos, en reconocidas bases de datos como Pubmed, Medine y Scielo. La selección de los recursos consultados se ha enfocado en priorizar publicaciones académicas que han pasado por rigurosos procesos de revisión por pares.

4 Resultados

A continuación, detallaremos las funciones que desempeña el celador en el servicio de consultas externas:

1. Se encargará de transportar todos los documentos que sean necesarios para que el médico pueda comenzar la consulta al día siguiente, como son la carpeta de admisión, solicitudes de rayos x, correo, volantes, historias clínicas, etc.
2. Repartirá las historias clínicas de los pacientes que van a ser vistos en consultas al día siguiente, recogiendo las ya vistas y las archivará.
3. Recogida, distribución y almacén de peticiones urgentes de farmacia.
4. Realizará la tarea de coger y llevar las muestras al laboratorio del centro sanitario para que se analicen.
5. Llevará todos los utensilios que necesite ser esterilizado y los trasladará al servicio de esterilización.
6. Se encargará del traslado de pacientes que necesiten de su ayuda para moverse por la consulta, además de ayudarles a vestirse o desvestirse en caso de que sea necesario, como también ayudarle a subirse o bajarse de la camilla si lo necesita.
7. Se encargará de la vigilancia y de controlar las distintas salas de espera para evitar las aglomeraciones, así como se encargará de velar por el orden y la limpieza de las mismas.
8. Atenderá e informará a los pacientes el lugar donde están ubicadas las consultas y servicios e incluso acompañarles si es preciso.
9. Se ocupará del traslado de los pacientes del lugar de consultas hacia urgencias o planta en el caso que precisará de ingreso hospitalario.

Todas estas funciones que realiza el celador son muy importantes dentro de este servicio, pero no podemos olvidar que la más importante función que tiene el celador es la de informar y apoyar al paciente, ya que sin esta ayuda muchos de los ellos se encontrarían perdidos.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto el papel importante que tiene el celador dentro del servicio de consultas externas que se encuentra dentro de la organización del complejo hospitalario, ya que hemos podido ver que son los primeros profesionales con los que tiene contacto el paciente cuando acude a una consulta, y son muchas ocasiones la que estos pacientes necesitan ayuda porque se encuentran perdidos y no saben a dónde dirigirse de ahí la principal función del celador que es la de dar información y apoyo al paciente dentro de esta área del hospital.

Para ello, el celador tiene que ser una persona cercana, accesible y ha de tener los conocimientos, habilidades y la capacidad necesaria para desarrollar correctamente su trabajo en el área de consultas externas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 679

EL CELADOR COMO PROFESIONAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

MARÍA DEL RIVERO ARTIME

1 Introducción

Los celadores son parte del sistema público de salud de nuestros hospitales, y aunque reciben el nombre de personal no sanitario, todos los consideramos como tal o debería de ser así en vistas al futuro, puesto que normalmente son la primera persona con la que contactan los enfermos y familiares al llegar a la institución, el que nos transmite tranquilidad, nos ofrece su ayuda y está dispuesto a resolvernos las dudas y saber guiarnos dentro del hospital.

Los celadores también tienen un papel fundamental, y es el de vigilar las entradas y salidas de la institución, y sobre todo velar por la tranquilidad y el orden de los pacientes y de los trabajadores, garantizando el correcto cumplimiento de las normas.

A pesar de todo esto también le corresponden muchas labores en las que tiene que hacer el papel del auxiliar, puesto que ayuda al personal de enfermería a realizar los cuidados y aseos de los pacientes encamados, ayuda al movimiento del mismo, de inmuebles y enseres del paciente si fuera necesario.

Los celadores tienen un papel fundamental en el conjunto de profesionales que llevan a cabo el día a día de los hospitales y que sin ellos quedarían muchas funciones importantes sin realizar, por lo que dejaríamos de tener una buena calidad del servicio de salud.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de los celadores en las instituciones públicas, y que sin ellos no existiría un servicio de salud de calidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los celadores y celadoras desempeñan funciones múltiples, por ello son figuras importantes e imprescindibles de los hospitales o de los centros sanitarios. Los podríamos definir como las personas encargadas de vigilar el mantenimiento del orden del hospital, garantizando así el cumplimiento de las normas.

Los celadores suelen ser las primeras personas que nos encontramos al entrar al hospital, el que nos informa y nos ayuda en todo lo que esté en su mano, dándonos tranquilidad y dirigiéndose a nosotros con amabilidad. Es de gran importancia que nos “den” una buena impresión, puesto que la forma en la que se establezca el primer contacto nos va a condicionar a la hora de nuestro paso por la institución. Por eso es de gran importancia que los celadores estén bien formados y sepan actuar en cada momento, siendo conscientes de que tienen que saber escuchar, respetar y nunca hablar con superioridad o con malas palabras.

Los celadores son aquellos profesionales que nos acompañan a las habitaciones de las plantas de los hospitales, ya sea como paciente o como familiar, los que nos han trasladado por los pasillos y salas de espera o nos han llevado a un quirófano. Son también aquellos que nos han dicho palabras de cariño y han estado con nosotros en algún momento triste o de preocupación antes de entrar en una operación o antes de la realización de alguna prueba complicada, los que nos han ayudado a asearnos y a movernos en la cama para tener una posición o postura más cómoda. Por todas y cada una de las funciones de esta categoría y lo que conlleva el trato directo con los pacientes. Por todo ello son tan importantes.

Durante la pandemia estuvieron ayudando sin descanso a muchos de los profesionales sanitarios como uno más, trabajando como contacto estrecho y cor-

riendo el riesgo de contagiarse.

Tienen una profesión muy completa y bonita en la que solo falta un justo reconocimiento de su trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Aunque el celador, que desempeña funciones de atención directa al paciente, se considera un trabajador de categoría inferior dentro del sector sanitario, la realidad es que se trata de un profesional imprescindible. Dentro de las múltiples funciones que llevar a cabo, informa y atiende a los pacientes en infinidad de instituciones públicas de nuestro país.

Todavía no se ha conseguido que sean considerados oficialmente personal sanitario, aunque actúen como tal y se les debería catalogar como ello, ya que las funciones que desempeñan, el trato directo con los enfermos, su colaboración con los demás profesionales, su preparación y conocimiento les hace compartir el trabajo con ilusión con los demás sanitarios en la actividad asistencial.

6 Bibliografía

1. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/ministerio-sanidad/propuestas-autonomicas-y-un-nuevo-profesional-sanitario-llegan-al-ambito-5361>.
2. <https://www.diariosur.es/sociedad/salud/celador-figura-olvidada-20201103170441-nt.html>.
3. <https://comoenclaseformacion.es/wp-content/uploads/2021/05/Tema-10-Celador-SAS.pdf>.
4. Temario de Oposición del SESPA.

Capítulo 680

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CRISTINA MORENO CUESTAS

JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO

ANTONIO GARCIA TOMAS

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

IZASKU RODRIGUEZ CUESTA

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos, también llamada unidad de vigilancia intensiva, es un servicio altamente especializado y cuenta con todo el equipamiento necesario para atender a pacientes con un pronóstico grave o susceptibles de presentar complicaciones importantes. Por su estado, estos pacientes requieren monitorización las 24 horas, vigilancia y cuidados específicos.

Debe estar ubicada en una zona del hospital independiente, pero cerca del resto de servicios como urgencias, quirófano o medicina interna. También debe tener un acceso rápido, fácil y discreto al mortuario. Igualmente, debe reunir unas condiciones determinadas de temperatura, humedad, ventilación y materiales que faciliten la limpieza.

Los pacientes pueden llegar a este servicio por varias vías:

- Procedentes de las urgencias hospitalarias.
- Procedentes de planta de hospitalización debido a un agravamiento de su estado.

-Pacientes con una intervención programada, que debido a su gravedad debe realizarse en esta unidad.

La UCI está formada por un equipo multidisciplinar: facultativos especialistas en medicina intensiva, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores, personal administrativo, etc.

Dentro de este capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza el celador en dicha unidad y su gran importancia dentro del equipo de trabajo. Haciendo especial mención de los conocimientos y experiencia que debe tener en técnicas de movilización de pacientes.

2 Objetivos

-Describir la unidad de cuidados intensivos.

-Desarrollar las funciones del celador en la UCI.

-Destacar la importancia del celador en dicho servicio.

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 extraídos de bases de datos como Pubmed o Google Scholar, con contenidos relacionados con el tema a estudio.

4 Resultados

La UCI es un área polivalente de acceso restringido, donde llegan pacientes con una patología grave que requiere una asistencia intensiva integral las 24 horas del día, se trata de cuidados altamente especializados que no pueden prestarse en una planta de hospitalización convencional.

No todos los pacientes son candidatos de ingreso en UCI, tienen que reunir una serie de condiciones: se trata de pacientes críticos que son potencialmente recuperables o aquellos que presentan un elevado riesgo de complicaciones, ya sea por intervenciones muy agresivas, accidentes o enfermedades crónicas.

Es un área específica del hospital, su ubicación debe ser lo más cercana a la zona técnico-asistencial del centro, debiendo tener fácil acceso desde las urgencias hospitalarias, ya que es una unidad de entrada habitual de pacientes graves.

La Unidad de Cuidados Intensivos cuenta con diferentes unidades especializadas que atienden diferentes patologías, a cada patología se le asigna un número de boxes que dependerá de la capacidad del hospital. Hay boxes para:

- Cardiología.
- Infecciosos (sépticos)
- Cirugía Cardiovascular
- Politraumatizados.
- Grandes quemados.
- Trasplantes etc.

Debido al estado de los pacientes que ingresan en esta unidad, los celadores destinados en este servicio deben tener amplios conocimientos y habilidades para realizar los cambios posturales, ya que su movilidad requiere hacerlo de manera correcta para no perjudicar su estado.

Igualmente, debido a la existencia de pacientes inmunodeprimidos, infecciosos, etc., los celadores deben conocer las medidas de higiene, haciendo uso de bata aséptica, gel hidroalcohólico, mascarilla, siguiendo las instrucciones del personal de enfermería cuando sean necesarias medidas adicionales.

Seguidamente, vamos a describir las funciones que desempeña el celador en unidad de cuidados intensivos:

- Ayudarán a las enfermeras y auxiliares en la movilización de los pacientes siguiendo sus indicaciones.
- Colaborarán en la higiene personal del paciente.
- Trasladarán a los pacientes para la realización de pruebas diagnósticas que no puedan realizarse en este servicio, siempre bajo la supervisión del médico y la enfermera.
- Ayudará al técnico de rayos en la colocación del paciente y transportará el portátil de rayos.
- Deberán conocer las medidas de higiene personal y vestimenta y cumplirlas diligentemente.
- Ayudarán a las enfermeras a amortajar a los pacientes fallecidos y trasladarán los cadáveres al mortuario.
- Llevarán las muestras al servicio de laboratorio.
- Vigilará el acceso a la unidad, y será el encargado de informar sobre el horario de visitas, encargándose de facilitar el acceso a los familiares. Pondrá a disposición de los mismos la vestimenta necesaria: batas, calzas, gorros y mascarillas.
- Auxiliará en todas las labores propias del celador que le sean ordenadas por sus superiores.

5 Discusión-Conclusión

El personal debe poseer amplia experiencia y formación en las técnicas de movilización de pacientes, debido a la fragilidad de los pacientes y su falta total o parcial de sus capacidades físicas, dicha experiencia y capacitación profesional es absolutamente necesaria para el correcto funcionamiento de la unidad.

Es de vital importancia que el celador contribuya a no empeorar la salud de los pacientes críticos de esta unidad, conociendo bien los protocolos de asepsia y siguiendo rigurosamente y de forma profesional las órdenes de los superiores.

En concreto, el celador debe conocer algunas posiciones como “decúbito prono”, “decúbito supino”, “decúbito lateral” entre otras. También debe contar con habilidades sociales, pues es el encargado de ser el nexo de unión entre pacientes y personal sanitario a la hora de relacionarse con los familiares de los pacientes, y ser capaz de empatizar y ponerse en la situación de los usuarios del servicio.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-y-sus-funciones-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>
2. El celador ante el paciente crítico: Unidad de Cuidados Intensivos y COVID-19 - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 6, 2022, from <https://revistamedica.com/celador-paciente-critico-unidad-cuidadosintensivos-covid-19/>

Capítulo 681

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE ARCHIVO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

CRISTINA MORENO CUESTAS

JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO

ANTONIO GARCIA TOMAS

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

IZASKU RODRIGUEZ CUESTA

1 Introducción

En todos los centros sanitarios se genera documentación relacionada con los procesos asistenciales de los pacientes, esta documentación debe ser clasificada y organizada para su posterior inclusión en la historia clínica del paciente. El servicio de archivo es el encargado de gestionar dicha documentación, organizarla, clasificarla, y custodiarla.

Gestionar el archivo de un centro sanitario es sumamente complejo debido a múltiples factores. En el presente capítulo, vamos a describir el funcionamiento de los archivos clínicos, y las características de la documentación que se genera en los establecimientos sanitarios, así mismo describiremos como debe ser

su manejo y traslado dentro de las distintas dependencias o servicios. En este contexto el celador desarrolla una función importante, pues es el encargado de transportar dicha documentación, en este cometido debe poner especial cuidado en la conservación de la misma y en la preservación de la confidencialidad de los datos contenidos en la misma. Por mandato legal, el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y la Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales (LOPDGDD), establecen que todos los datos sanitarios gozan de una especial protección, ya que están considerados como datos personales sensibles y es necesario por parte de los centros sanitarios adoptar las medidas necesarias para cumplir este mandato.

También describiremos las distintas funciones del celador en la unidad de archivo, haciendo especial énfasis en el ámbito hospitalario.

2 Objetivos

Explicar las funciones del celador en el servicio de archivo hospitalario.

Destacar la importancia de las labores del celador en el servicio de archivo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Podemos definir el archivo como la unidad donde se reúne, conserva y gestiona todo el material que genera un paciente en todos sus procesos asistenciales, independientemente del soporte utilizado.

La historia clínica es el documento que contiene toda la información de utilidad referente al estado de salud o enfermedad del paciente que ha sido tratado en cualquier establecimiento sanitario, ya sea de atención primaria o especializada, público o privado. Es, por tanto, un elemento importante, tanto en los Centros de

Salud, como en los hospitales, ya que sirve de instrumento de comunicación entre los distintos profesionales sanitarios que intervienen en la asistencia al paciente, y permite la trazabilidad del todo el proceso asistencial. Los centros sanitarios tienen la obligación legal de guarda y custodia de dicha documentación.

En el ámbito hospitalario se atienden diariamente una gran cantidad de pacientes en los distintos servicios, generando gran cantidad de documentación que es necesario ordenar, archivar y gestionar. Esta información debe estar siempre actualizada y ser exacta. Así mismo, el acceso a la misma debe ser rápido y eficaz para evitar pérdidas de tiempo innecesarias en temas burocráticos.

Por último, se debe garantizar la seguridad de dicha información, ya que las historias clínicas contienen datos referentes a la salud de las personas especialmente sensibles, y protegidos por la Ley de Protección de Datos. Por otro lado, también se debe garantizar que dicha información se transmita de forma segura entre el personal sanitario. Es decir, si por ejemplo, un paciente es tratado por un especialista determinado y este decide hacer una interconsulta a otro, hay que garantizar que esta interconsulta con el intercambio de información y documentos correspondiente se haga de forma totalmente segura y eficaz.

Por todo lo anteriormente descrito podemos imaginar que en esta unidad se trasporta una gran cantidad de documentación de unos servicios a otros. El encargado de esta tarea es el celador de archivo.

A continuación vamos a describir las funciones del celador en el servicio de archivo:

1. Diariamente, repartirá las historias clínicas de las consultas programadas del día siguiente.
2. Subirá a los servicios correspondientes las Historias Clínicas que sean solicitadas mediante petición inmediata telefónicamente.
3. Una vez finalizadas las consultas, recogerá las Historias Clínicas y las devolverá al archivo, para que los auxiliares administrativos procedan a su recuperación y posterior archivo.
4. En el traslado de toda la documentación, el celador deberá procurar la máxima diligencia, evitando su deterioro y preservando la confidencialidad de la misma. Debido a la importancia de los datos que contienen las historias clínicas, el celador debe ser sumamente cuidadoso en su manejo y cumplir todos los protocolos de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Para el correcto funcionamiento del establecimiento sanitario, es necesario que el servicio de archivo de historias clínicas este perfectamente organizado.

La historia clínica de los pacientes contiene información confidencial sobre su proceso asistencial, es por ello que en todo momento debe estar localizada, siendo función del archivo saber en todo momento cuál es la trazabilidad de la misma, aquí es donde cobra especial importancia la función del celador, ya que es el encargado de su transporte y custodia. Debe realizar esta labor con eficacia, profesionalidad y confidencialidad, asegurándose de que las historias clínicas lleguen a su destino y no se produce ningún daño o extravío.

6 Bibliografía

1. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274 de 16 de noviembre de 2002. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>.
2. Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/dof/spa/pdf>.
3. El archivo clínico: definición y funciones - Ocronos - Editorial Científico-técnica (revistamedica.com).
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 682

FUNCIONES DEL CELADOR EN URGENCIAS

CRISTINA MORENO CUESTAS

JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO

ANTONIO GARCIA TOMAS

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

IZASKU RODRIGUEZ CUESTA

1 Introducción

El servicio de urgencias de un hospital es la zona encargada de dar asistencia médica y quirúrgica a dichos pacientes que por el estado en el que se encuentran y en algunos casos dado su nivel de gravedad, necesitan una atención urgente, como su propio nombre indica, es decir, necesitan una atención rápida y eficaz. El triaje es un procedimiento en el que se evalúa el estado clínico del paciente, lo que permite separar los diferentes niveles de gravedad o las urgencias que sean más importantes de atender, es algo que te ayuda a dar preferencia a las personas que necesiten una atención prioritaria antes de dar un exhaustivo diagnóstico. Una vez que dichos pacientes acuden al servicio de urgencias para ser atendidos, se elabora un triaje para decidir en que orden entraran los pacientes para ser atendidos, es decir, no porque un paciente llegue, el primero será atendido en el orden de llegada, sino que lo que se pretende hacer con el triaje como hemos mencionado anteriormente es realizar una valoración de la gravedad de los síntomas

de dichos pacientes dándole máxima prioridad a los enfermos con una patología más grave e importante.

A dicho servicio asisten personas pidiendo una asistencia médica urgente derivada de diversas causas, por eso es muy importante distinguir entre lo que es una urgencia y una emergencia.

Además de esto, el celador realizará funciones en el servicio de urgencias atendiendo dos tipos de urgencias hospitalarias como son las urgencias extrahospitalarias e intrahospitalarias, en las que más adelante junto con las emergencias y urgencia detallaremos más su contenido.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones que desempeña el celador en el servicio de urgencias de 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 han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como hemos señalado anteriormente, el celador debe conocer la diferencia entre urgencia y emergencia.

- Urgencia: la urgencia es la presentación de un imprevisto en algún sitio o actividad sin un grave riesgo inmediato, pero que necesita ser atendido a la mayor brevedad posible, dado que es un problema surgido de manera casual y diversa en el que su gravedad puede ir variando según el estado del paciente.

- Emergencia: es el estado urgente en el que el paciente corre un grave peligro y debe ser atendido lo más pronto posible.

Una vez que el celador tiene claro estos dos conceptos, su siguiente cometido será distinguir entre urgencias extrahospitalarias e intrahospitalarias.

- Urgencias extrahospitalarias: esta urgencia consiste en el traslado del paciente

desde la ambulancia o vehículo en el que ha llegado el paciente al centro hospitalario hasta el servicio de urgencias.

- Urgencias intrahospitalarias: esta urgencia se da cuando el paciente estando sano adquirió un contagio en el hospital por diversas causas.

Teniendo claro los conceptos mencionados anteriormente a continuación, veremos de manera más detallada las diversas funciones que desempeña el celador en el servicio de la urgencia:

- Permitir el paso de un acompañante para facilitar los datos del paciente en admisión, mientras que el familiar entrega los datos, el celador valorara como debe de trasladar al paciente en silla de ruedas , andando siempre que lo permita su patología o en su caso en camilla.

Cuando adquiere la documentación necesaria del paciente procederá a entregarlo al sitio que corresponda.

- En caso de que el paciente no llegue en su vehículo y lo haga en ambulancia, es cometido del celador ayudar y colaborar en su traslado a dicha unidad, haciendo el cambio de camilla para que el conductor de la ambulancia pueda regresar con su equipo a la misma.

- Trasladará al paciente al médico de puerta para que le haga una breve valoración.

- Acompañará al paciente a la sala de espera oportuna a la espera de noticias, a no ser que el médico deje pautado que por la sintomatología del paciente, este debe de permanecer con un acompañante.

- Trasladará al paciente a la unidad en la que solicite el médico (rayos, cirugía, boxes, etc.)

- Instalará al paciente y con ayuda de la auxiliar de enfermería procederán a desvestir al mismo para ponerle el camisón.

- Colaborará junto con la auxiliar de enfermería en la movilización del paciente, bien sea para un cambio de postura o ayudarlo en el cambio de pañal.

- Si el paciente es ingresado, lo trasladará a la unidad correspondiente para su pronta recuperación.

- Trasladará al paciente para la realización de pruebas especiales, valorando si puede hacerlo en cama o silla de ruedas.

- Ayudará al enfermo a vestirse si así lo necesita cuando tenga el alta médica o acompañarlo en silla de ruedas hasta su medio de transporte o ambulancia.

- Si fuera necesario, llevaría muestras al laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

La temática de la que hemos estado hablando anteriormente engloba todo lo relacionado con las funciones y competencias que debe de realizar el celador a lo largo de su carrera profesional en el ámbito de urgencias.

Sin olvidar que tiene que tener conceptos muy claros para poder diferenciarlos cuando le surjan y así poder actuar de la manera más correcta ante dichas situaciones, sin estos conceptos básicos sus funciones no se podrían realizar de manera correcta.

Por eso hacemos hincapié en este apartado y resaltamos su importancia.

Además de todo esto, hemos enumerado y explicado en un orden coherente y exhaustivo las funciones y competencias que realiza el celador a lo largo de todo este servicio de urgencias.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-celador-servicio-de-urgencias/>.
2. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-27-actuacion-del-celador-en-el.html>.

Capítulo 683

LA ELECTRICIDAD: SU BUEN USO Y GRAN IMPACTO EN CENTROS HOSPITALARIOS Y HOGARES.

ADRIAN GONZALEZ LASSO

DAVID NAVARRO SAN JULIAN

1 Introducción

Desde la antigüedad, una persona necesita electricidad, en cualquier momento de sus vidas, gracias a la historia, la electricidad de muchas maneras utilizada por la electricidad, como los recursos energéticos, el interior, las fábricas, la empresa, la escuela y otros, pero esto aumentará la conciencia sobre la indignación de sus altos costos; Para moverlo a todos los lugares del planeta, se utilizan otras tecnologías y energía, como derivados de gas y petróleo, incluso si existen otros métodos para generar electricidad, gracias al mérito. Nueva tecnología eléctrica; En la casa, la electricidad es necesaria, y cuando la electricidad se convierte en calor, tiene un precio muy alto y se combina con un alto consumo, como en interiores, en el cargo, la fábrica, el hospital, la escuela y otros.

Gracias a la electricidad, la ciencia y la tecnología, han logrado grandes logros, porque se han realizado muchas obras, las máquinas se usan con mecanismos manejados a mano, por ejemplo, en el periódico impreso, en el que operan manualmente, los libros son hechos a mano, manuales, Los libros han sido hechos a mano, las casas en las que están iluminadas en casa con velas, incluso en el caso de la intervención quirúrgica, se usan velas para su uso. Iluminar el área.

Hoy en día, la electricidad se ha convertido en algo muy importante e indispensable para la humanidad, porque de ella dependen la mayoría de las actividades importantes que se realizan en la vida diaria, por no hablar de los logros científicos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el impacto y el buen uso de la electricidad, tanto en los centros hospitalarios como en los hogares, establecimientos, lugares de ocio, etc.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una consistente investigación, basada en la revisión bibliográfica sobre dicho tema. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos y libros, consultando las principales bases de datos como Google académico, Pubmed o Scielo.

4 Resultados

Thomas Alva Edison inventó la bombilla y su casa es la única del mundo con luz eléctrica.

Hoy en día, la ciencia ha avanzado hasta el punto de que podemos generar electricidad mediante paneles solares, incluidos los paneles solares. Utilizar la energía eólica o mareomotriz, hoy en día se llama energía limpia. La electricidad nos ayuda a comunicarnos a través de diferentes medios, como radio, televisión, internet, muchos dispositivos que usan electricidad, como teléfonos móviles, computadoras, tabletas que necesitan, se puede imaginar que no tiene electricidad durante el día del día de los alimentos El proceso de descomposición, debido a que el refrigerador necesita un módem, necesita electricidad para obtener Internet.

En el hospital, muchas personas pueden morir si necesitan equipos eléctricos para administrar a las personas que necesitan electricidad para sus deberes. Las industrias procesadoras y fábricas como tortillerías, panaderías, fábricas de ropa, fábricas textiles, empresas maquiladoras necesitan fuentes de energía en forma de electricidad para funcionar.

La energía eléctrica estudiada se divide en electrostática, electrodinámica y electromagnetismo. La electrostática se ocupa del estudio de las cargas eléctricas en reposo, la electrodinámica se ocupa del estudio de las cargas eléctricas en movimiento y el electromagnetismo se ocupa del estudio de los fenómenos eléctricos y magnéticos.

La electricidad se divide en electrostática, electrodinámica y electromagnetismo. Todos ellos estudian los fenómenos eléctricos, empezando por el flujo de electrones y las cargas movilizadas en diferentes formas y manifestaciones.

Por ejemplo, si queremos tener un objeto cargado, esto lo podemos conseguir de tres formas: frotando, contactando o tocando. Cuando utilizas un peine para frotar el cabello seco, crearás una carga eléctrica, que en muchos casos “quema el cabello”, provocando la aparición de orzuelos o puntas abiertas. Si frota el globo con un paño, también crearás cargas en movimiento y podrás pegar el globo a la pared.

En algunos casos, cuando le das la mano a alguien, es posible que te toque ligeramente debido a la electricidad estática del ambiente o al contacto.

La electrodinámica nos habla sobre el movimiento de cargas en un material conductor, por ejemplo, los cables eléctricos suelen estar hechos de cobre debido a sus buenas propiedades conductoras y su bajo costo. La ley de Ohm establece que la corriente es directamente proporcional al voltaje e inversamente proporcional a la resistencia del material.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que el uso exacto de la electricidad puede ayudarnos a ahorrar muchos problemas, si desea que el número KW-H realmente se use, si apagamos todos los dispositivos del presente, el cobre nuestro lago eléctrico no debe registrar la forma en que podemos tener parásitos de energía, es decir, no use electricidad, consumimos, todas las líneas deben considerarse de acuerdo con las características del trabajo utilizando el equipo, deben aislarse, de acuerdo con las características en la caja de Physon, todos los hogares deben Tenga una caja de tableta para evitar un disparo corto o eléctrico en una compañía ligera brillante.

6 Bibliografía

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

Capítulo 684

TIPOS DE REDUCCIÓN POR PARTE DEL CELADOR CON PACIENTES DEL ÁREA DE SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL

EMILIA MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

Dentro de un hospital, existen diferentes servicios o departamentos, cada uno con sus peculiaridades y características concretas que deben tener en cuenta la totalidad de trabajadores asignados.

La unidad de Salud Mental es un servicio orientado a la asistencia, cuidado y atención de pacientes que están aquejados de trastornos o patologías psicológicas.

Dentro de esta área, es común que en la mayoría de unidades hospitalarias se divida en al menos dos sectores: la unidad de adultos y la unidad infantojuvenil. Esta segunda sección, aunque varía según la comunidad autónoma, suele dar asistencia a niños y adolescentes hasta los 18 años de edad. Por su idiosincrasia particular, así como por las características particulares de los pacientes atendidos en esta área, la totalidad de los profesionales deben formarse específicamente las herramientas y estrategias pertinentes.

En el caso de los celadores que trabajen en esta área, deben conocer técnicas de reducción, tanto física como verbal, para colaborar con el personal sanitario en caso de que sea preciso. Los pacientes con ciertos trastornos psíquicos pueden no ser capaces de colaborar voluntaria o conscientemente con los profesionales, por

lo que el celador puede ser imprescindible para facilitar ciertas actuaciones sanitarias como inyectar medicación, realizar pruebas, o simplemente permanecer inmóvil. La reducción verbal será siempre la primera opción, por lo que es sumamente importante tener en cuenta sus principios básicos.

2 Objetivos

1. Conocer los tipos generales de reducción en pacientes ingresados en la unidad de Salud Mental infantojuvenil hospitalaria.
2. Analizar los principios básicos generales de la reducción verbal en pacientes ingresados en la unidad de Salud Mental infantojuvenil hospitalaria.

3 Metodología

La metodología empleada en este ensayo ha sido la revisión y análisis de la bibliografía básica dedicada a la atención de pacientes con trastorno psiquiátrico en la etapa infantil y juvenil (hasta los 18 años). Para ello, se utilizarán buscadores académicos como Google Académico, HighBeam Research y Redalyc.

4 Resultados

A la hora de la asistencia, atención y movilización de pacientes psiquiátricos hay que tener en cuenta una serie de consideraciones básicas para potenciar la efectividad de las actuaciones.

En el caso de pacientes alterados, inconscientes o con poco control sobre sus movimientos o impulsos, puede ser necesario la reducción activa para facilitar las actuaciones sanitarias o mantener el orden dentro de la unidad.

Existen tres tipos generales de reducción: reducción farmacológica, física y verbal.

La reducción farmacológica, debido a sus implicaciones para la salud del paciente, la posible interacción con otros tratamientos y los efectos secundarios no deseados, debe ser la última opción para el control de pacientes.

Podría parecer, que la reducción física es una opción válida o deseable en el caso de niños o adolescentes, por su menor fuerza y complexión física. No obstante, se trata de un procedimiento traumático que también debe ser evitado hasta que se hayan agotado las opciones y recursos alternativos.

La reducción verbal es, por tanto, la primera y más deseable opción para el control de todo tipo de pacientes, y en especial para aquellos que presentan trastornos psicológicos.

Sin embargo, la reducción verbal no está exenta de dificultades y se deben tener en cuenta una serie de criterios básicos:

- Mantener la calma. Aunque la situación sea tensa, el celador deberá hablar y actuar con tranquilidad, con voz firme y segura, sin atender a posibles provocaciones o verbalizaciones del paciente. El celador debe comprender que el sujeto, en este caso niño o chico, además de nervioso y asustado, puede no ser completamente consciente del pleno significado de sus verbalizaciones.
- Comunicar con mensajes claros. Hablar con franqueza y claridad, sin utilizar dobles sentidos o información no necesaria, hay trastornos psicológicos que dificultan la comprensión de ironías, bromas o dobles sentidos, por lo que los mensajes serán amables pero concretos.
- Comunicación fluida con el resto de profesionales de la unidad. A las primeras muestras de dificultad, el celador deberá asesorarse con el resto del equipo de las actuaciones y los cambios pertinentes para no empeorar la situación. En la unidad de Salud Mental infantojuvenil el trabajo en equipo es clave.
- Informarse sobre el paciente. El celador deberá informarse en líneas generales sobre la patología que sufre el paciente y las consideraciones particulares que debe respetar en las interacciones con el mismo.
- Ser paciente y empático. El celador debe ser consciente que se trata de un niño o chico con un trastorno, sus actuaciones no son fruto de caprichos. Además, aunque en los hospitales los tiempos son importantes, con los pacientes ingresados en la unidad de Salud Mental necesitan que sus tiempos sean respetados.
- Formación específica. Los celadores destinados a la unidad de Salud Mental deben recibir formación específica orientada a la atención concreta de este colectivo.

5 Discusión-Conclusión

El celador destinado a las unidades de salud mental infantojuvenil debe recibir una formación específica para atender las necesidades particulares del servicio. Es prioritario el trabajo en equipo y la coordinación de la totalidad de los profesionales, donde el celador forma una parte muy importante.

La reducción verbal puede ser muy efectiva, minimizando otras actuaciones más drásticas y evitando posibles situaciones traumáticas. Para ello es muy importante la actitud del celador, que deberá contar con rasgos específicos de serenidad

y empatía, pero también debe recibir formación específica en asertividad, comunicación positiva y asertividad. También debe formarse en las diferentes patologías y sus características, para comprender y anticipar las dificultades que pueden producirse en la movilización, contención o traslado de estos pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-10-SALUD-MENTAL.pdf>.
2. Marcos Antonio Fernández Suarez. FUNCIONES Y COMETIDOS DEL CELADOR EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL HOSPITALARIA. Incluido en la revista Ocronos. Vol. IV. N° 4–abril 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; n.º 4: 107.
3. Rocío Juliá-Sanchis, Carlos Aguilera-Serrano, Francisco Megías-Lizancos, José Ramón Martínez-Riera Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. Informe SESPAS 2020.

Capítulo 685

EL CELADOR EN EL MANEJO DE LAS GRÚAS COMO ELEMENTO MECÁNICO DE AYUDA EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES

LLANOS SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

ISABEL MILAGROS GARCÍA PÉREZ

DOLORES GIRÓN MOTA

1 Introducción

Las grúas son unos dispositivos mecánicos que se encuentran en centros sanitarios, residencias y hospitales para movilizar a enfermos que no pueden realizar los movimientos por ellos mismos, ya sea por tener hecha una operación quirúrgica reciente, una enfermedad degenerativa, se encuentren encamados, ancianos o discapacitados. Estas personas adquirirán una gran dependencia a la hora de moverse para cualquier rutina diaria: vestirse, asearse, alimentarse, hacer deposiciones, etc. Es por ello que las grúas se hacen necesarias en estas situaciones.

El Celador debe de conocer las distintas posiciones que se le pueden hacer al paciente, aparte de que éstas son pautadas por el médico que conoce bien su cuadro clínico. Pero además debe de saber cuáles son los planos y ejes del cuerpo, y los elementos de ayuda de los que dispone para realizar los movimientos a los pacientes, para no hacerles daño pero también para evitar sufrir lesiones él mismo, ya que siempre se utiliza la fuerza del cuerpo del celador para ayudar en

el aseo y en el vestir, cambios de posiciones en la cama, a la hora de cambiar las sábanas, por ello debe de conocer la forma de realizar los movimientos adecuados y sin riesgos.

La grúa lleva un arnés para sujetar al paciente y llevarlo de la cama a la silla o sillón y viceversa, pudiendo colocar almohadas en las zonas del cuerpo en contacto con el arnés para evitar presión o rozaduras. También se les puede llevar al baño para ser duchado.

2 Objetivos

Exponer la importancia de utilizar las grúas y la perfecta colocación del arnés por parte del celador a la hora de movilizar a los pacientes con movilidad reducida.

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 a la utilización de grúas en los pacientes dependientes encamados por parte del celador, 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.

Palabras clave utilizadas: celador, utilización de grúas, arnés, movilidad reducida y grúas.

4 Resultados

Las grúas se pueden definir como un elemento que permite la elevación de un paciente para llevarlo de un lado a otro a través de un cabestrillo o un asiento, las cuales permiten reducir el riesgo que de se caiga el paciente y que el personal que le atiende presente lesiones.

Hay diferentes tipos y modelos de grúa, pero las más común en el entorno hospitalario es la de bipedestación, con la característica de que se requiere que el paciente presente algo de fuerza en las piernas y brazos, ya que solo se puede utilizar desde una posición de sentado, y podría caerse, nunca utilizándose para pacientes con nula movilidad. Es muy utilizada para el baño, para la hora de vestir al paciente, para llevarlo del sillón a la cama o silla de ruedas, en el cambio de pañales, etc.

El celador deberá de tener en cuenta una serie de consideraciones:

1. Verificar que está limpio y que se lleva a lavandería tras cada uso.
2. Poner almohadas en las zonas en contacto de la piel con el arnés para evitar heridas o hematomas.
3. La grúa debe estar en perfecto estado y con las correas tirantes.

El celador deberá de poner el arnés según la posición en la que se encuentre el paciente en ese momento, veamos:

1. Si el paciente se encuentra en posición de supino: el celador con la ayuda de otro compañero, lo posicionará en decúbito lateral izquierdo para pasar el arnés por debajo de la entremetida, moviéndolo a continuación a la posición de decúbito lateral derecho, para poder coger y extender el arnés junto con la entremetida. De esta posición le pasa a la posición de supino, juntando las correas del arnés, enganchándolo a la grúa y elevando al paciente para ponerlo en el sillón o en la cama.

2. Si el paciente se encuentra incorporado en la cama o en una silla o sillón: el celador introducirá el arnés entre la espalda del paciente y la entremetida de arriba a abajo hasta la cintura, pasando las correas por debajo de cada pierna, observando que se quedan bien estiradas y colocando el arnés en la grúa, primero los de la cintura y luego los de las piernas. De esta forma ya lo podrá elevar y colocar al paciente en el lugar requerido.

El celador debe de saber los métodos de prevención de lesiones y llevar a cabo posturas ergonómicas, para ello: debe de estar lo más cerca posible a la cama para así realizar menos fuerza, debiendo de separar las piernas y mantener las rodillas flexionadas, con la espalda recta. Es importante que si el paciente está en cama, la eleve con el mando para así evitar hacer esfuerzos con la zona lumbar.

5 Discusión-Conclusión

La grúa es un dispositivo de gran ayuda a la hora de realizar las movilizaciones a aquellos pacientes más dependientes, con poca movilidad, de manera que sea un traslado de forma segura para evitar caídas al propio paciente y lesiones al celador que la ejecuta. Para ello, el celador debe colocar el arnés de forma correcta y tener bien estiradas las correas, intentando que se encuentre elevado el mínimo tiempo posible, colocándolo finalmente en el lugar deseado: cama, sillón, silla, silla de ruedas o baño.

El celador debe utilizar con precisión, tanto la grúa como el arnés, sabiendo cómo colocar el arnés y las correas según la posición de origen de la que parta el paciente, tanto si se encuentra en decúbito supino o incorporado en un sillón o

en la cama, siempre realizando los movimientos adecuados para evitar lesiones lumbares o dorsales.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/>.
2. <https://www.sci-geriatria.com/noticias/gruas-para-enfermos-como-se-usany-para-que-valen/>.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Capítulo 686

SEGURIDAD ELÉCTRICA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI): LA IMPORTANCIA DE LOS ELECTRICISTAS

DAVID NAVARRO SAN JULIAN

ADRIAN GONZALEZ LASSO

1 Introducción

La electricidad es energía que ocurre debido a la diferencia potencial entre dos puntos, lo que le permite colocar la corriente entre dos puntos; Esta electricidad significa la historia de la humanidad, porque las primeras manifestaciones pueden observar diferentes ventajas y progresos, como enfriamiento, iluminación, transporte y otros.

Además, se han desarrollado diferentes logros tecnológicos en medicina con electricidad, estas herramientas y equipos se utilizan para un diagnóstico y tratamiento más efectivos; Sin embargo, al usar estas herramientas, deben ser monitoreados porque enfrentan muchos peligros; Es por eso que la resolución de problemas con seguridad eléctrica, estándares y especificaciones debe crearse en servicios médicos para proporcionar organizaciones.

Cuando se trata de seguridad eléctrica en hospitales, existen protocolos de prueba y regulaciones que estandarizan cómo evaluar el rendimiento, la confiabilidad de los equipos biomédicos y la seguridad eléctrica en los entornos de los pacientes, así como en la educación del paciente u operador para evitar riesgos al paciente y así garantizar una atención médica segura y de alta calidad.

Las salas de hospital, especialmente las unidades de cuidados intensivos, corren un alto riesgo de sufrir cortes de energía sin los sistemas de seguridad eléctricos adecuados.

Actualmente, la mayoría de los dispositivos médicos son dispositivos electrónicos, por lo que se alimentan de fuentes de energía y redes eléctricas. Si la seguridad eléctrica se ve comprometida, existe un alto riesgo de lesiones para el paciente. Especialmente en lugares como la unidad de cuidados intensivos u otras áreas importantes del centro médico.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es determinar la instalación eléctrica que asegura el suministro de energía eléctrica a diversos puntos de consumo (por ejemplo, una unidad de cuidados intensivos en un hospital), teniendo en cuenta los requerimientos reglamentarios.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una consistente investigación, basada en la revisión bibliográfica sobre dicho tema.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos y libros, consultando las principales bases de datos como Google académico, Pubmed o Scielo.

4 Resultados

El diseño de la instalación para operar equipos médicos o servicios informáticos (donde no se puede o no se debe interrumpir el suministro eléctrico) se realiza de forma descentralizada, donde se requiere el uso de un sistema de alimentación ininterrumpida (SAI) por separado para cada habitación o puesto de trabajo. Este dispositivo está diseñado para su uso en quirófanos, camas de unidades de cuidados intensivos, etc. Se montarán frente a los paneles de aislamiento y alimentarán el alumbrado de emergencia, así como los enchufes para equipos de soporte vital, mientras que la energía almacenada en la batería podrá mantener la energía durante 2 horas.

Asimismo, incluye fuentes de alimentación de paneles para todos los distribuidores de sistemas de cable que tengan instaladas estructuras de voz y datos, así como pequeños UPS "de servicio" que soportarán la mayor parte de todos los

equipos de cómputo colocados en la estación de trabajo, en estos casos son 10 minutos. La norma IEC 60364-3 clasifica los sistemas eléctricos mediante combinaciones de dos letras:

La primera letra significa conectar el sistema eléctrico a tierra, donde:

T = conexión directa a tierra en un punto, normalmente neutro.

I = todas las partes vivas aisladas de tierra o de un punto, generalmente neutro, conectado a tierra mediante una impedancia.

La segunda letra indica la relación entre las partes conductoras accesibles de la instalación y la puesta a tierra, donde:

T = conexión eléctrica directa entre partes conductoras accesibles y tierra.

N = conexión eléctrica directa entre las partes conductoras accesibles y el punto de puesta a tierra del sistema eléctrico.

El tipo de conexión a tierra utilizada en esta instalación es CT, y en unidades de cuidados intensivos y departamentos intervencionistas, IT. El primero se utiliza contra otro sistema general, el sistema TN, por varios motivos:

En primer lugar, el uso de sistemas TN aumenta los costes de instalación porque requiere un rigor total en la coordinación de las medidas de protección, así como en su selectividad y esto a menudo significa que la sección de los cables aumenta con respecto al valor necesario para satisfacerlas.

Además, el sistema TT es utilizado frecuentemente por la empresa instaladora de un determinado proyecto, por lo que la experiencia demuestra que es fácil de utilizar. Los sistemas informáticos se utilizan porque, especialmente en este tipo de instalaciones, es importante mantener un funcionamiento continuo, ya que el primer cortocircuito no suele provocar altas corrientes ni peligro para las personas y los cortes de energía pueden causar problemas. El hecho de que sólo se utilice en este tipo de salas se debe al elevado coste de instalación de los sistemas informáticos. Además de la necesidad de poner a tierra cada pieza metálica, esto requiere el uso de placas aislantes y transformadores de aislamiento, encareciendo la instalación.

5 Discusión-Conclusión

Mejorar la seguridad clínica es una máxima prioridad para los proveedores de atención médica. La principal forma de mejorar la seguridad clínica es mediante la gestión de riesgos. Para gestionar el riesgo, es importante establecer procedimientos para evaluar las tecnologías disponibles y diagnosticar el entorno eléctrico para minimizar las causas de accidentes tanto para los operadores como para los pacientes.

Los pacientes en los centros de atención médica siempre enfrentan muchos riesgos, incluso más peligrosos cuando no están diseñados y contruidos según los estándares regulatorios. Además, en cada instalación se debe inspeccionar y mantener periódicamente los equipos y sistemas eléctricos para evitar fugas eléctricas que puedan afectar directamente a los pacientes y causar problemas que van desde una mínima molestia hasta la muerte.

6 Bibliografía

1. <https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/12430#preview>.
2. <https://red.uao.edu.co/bitstream/handle/10614/1144/TBM00272.pdf?sequence=1>.

Capítulo 687

EL CELADOR Y SU LABOR EN LA ZONA DE PARITORIO DE UN HOSPITAL.

MARI CARMEN MUÑOZ DÍAZ

MARCELO DE PAZ MUÑOZ

HÉCTOR GARCÍA GÓMEZ

BORJA LOPEZ ONSURBE

FROILAN MORA SANTIAGO

1 Introducción

En cualquier centro sanitario, ya sea un hospital o un centro de salud, vamos a encontrar al personal de celador ejerciendo sus funciones.

Si revisamos la Ley General de sanidad, en ella podemos ver como establece que en los servicios de salud se tienen que integrar los diferentes servicios sanitarios públicos de su respectivo ámbito.

Esta integración se realiza teniendo en cuenta las peculiaridades organizativas y funcionales de los correspondientes centros, entre las que hay que destacar el régimen jurídico de su personal.

Por lo tanto, se puede decir que el celador forma parte del personal que ejerce sus funciones en los servicios sanitarios, las cuales están reguladas por el estatuto preconstitucional elaborado en el año 1971.

Debido a su antigüedad, es necesario llevar a cabo su actualización y adaptar su régimen jurídico.

Esa actualización se realiza mediante la Ley 55/2003, del 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, constituyendo la norma básica de dicho personal. Todo ello se hace de conformidad con la Constitución Española, en su artículo 149.1.18.

Una vez que se aprueba la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que regula al personal estatutario, las funciones del personal de celador siguen siendo las que se reflejan en la orden preconstitucional del 5 de julio del año 1971 y que vienen descritas en su artículo 14.

En este trabajo hablaremos de la actuación del celador en el área de paritorio.

El paritorio dentro del hospital se encontrará dentro del servicio de ginecología y obstetricia. Estará formada por un conjunto de profesionales entre los que se encuentran los ginecólogos, matronas, las auxiliares de enfermería y también entre ellos destacaremos la figura del celador.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones que realiza el celador en paritorio.
- Resaltar la importancia del papel que tiene el celador dentro de este servicio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El servicio de paritorio no lo podemos considerar una unidad de hospitalización, tiene un funcionamiento particular, por ejemplo no existen horarios de visita, la mujer está acompañada en todo momento por la persona que ella decida.

Este servicio paritorio se encuentra dentro del servicio de ginecología.

Las funciones que llevará a cabo el celador dentro de esta área de paritorio y maternidad serán las siguientes:

- Recibirá al paciente a su llegada, valorando si necesita ayuda en silla, cama o camilla para su traslado.
- Informará al paciente que debe de recepcionarse en el servicio de admisión para dar los datos.
- Avisará en el control de enfermería de la llegada del paciente.
- Se encargará de recibir a las ambulancias que lleguen.
- Trasladará al paciente al área de hospitalización para su ingreso y deberá de ir acompañada de la historia clínica y avisará a enfermería.
- Deberá de cuidar de las instalaciones de la planta y velará por el orden.
- Deberá de encargarse de revisar y mantener en buen estado el material, camas, carros, sueros, etc., e informará al supervisor o supervisora de cualquier anomalía para su reparación.
- Ayudará a los auxiliares de enfermería en el aseo, cambios posturales, y a levantar y acostar al paciente en los casos que sean necesarios.
- Se encargará de trasladar al paciente a las diferentes consultas, como puede ser la consulta de eco, monitores, dilatación o paritorio.
- Llevar a los pacientes que sean dados de alta y así lo necesiten en silla o camilla.
- Llevar las muestras de anatomía patológica.
- Movilización de niños con su historia clínica a la unidad neonatal o a la consulta.
- Acompañar a las madres a la sala de lactancia o a la realización de alguna prueba que se tenga que realizar dentro de esta área.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que la formación de todo el personal y, en concreto, de los celadores con este tipo de pacientes, es primordial para ofrecer una atención de la calidad e integral que haga sentirse más cómoda a la gestante. El ser conocedor y estar formado va a favorecer la comunicación positiva con la mujer y puede llegar a reconocer ciertos signos de alarma y poder apoyar y ayudar no solamente en la movilización y el traslado de las gestantes, sino en su motivación. Por ello, el celador forma parte de este equipo multidisciplinar que atiende integralmente a los pacientes que acuden a un centro hospitalario. Se resalta la importancia que tiene el servicio de paritorio para llevar a buen término el periodo gestante de la mujer, que concluirá con el nacimiento del bebé.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 688

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN HOSPITAL

MARCELO DE PAZ MUÑOZ

HÉCTOR GARCÍA GÓMEZ

MARI CARMEN MUÑOZ DÍAZ

BORJA LOPEZ ONSURBE

FROILAN MORA SANTIAGO

1 Introducción

En cualquier centro sanitario, ya sea un hospital o un centro de salud, vamos a encontrar al personal de celador ejerciendo sus funciones.

Si revisamos la Ley General de sanidad, en ella podemos ver como establece que en los servicios de salud se tienen que integrar los diferentes servicios sanitarios públicos de su respectivo ámbito.

Esta integración se realiza teniendo en cuenta las peculiaridades organizativas y funcionales de los correspondientes centros, entre las que hay que destacar el régimen jurídico de su personal.

Por lo tanto, se puede decir que el celador forma parte del personal que ejerce sus funciones en los servicios sanitarios, las cuales están reguladas por el estatuto preconstitucional elaborado en el año 1971.

Debido a su antigüedad, es necesario llevar a cabo su actualización y adaptar su régimen jurídico.

Esa actualización se realiza mediante la Ley 55/2003, del 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, constituyendo la norma básica de dicho personal. Todo ello se hace de conformidad con la Constitución Española, en su artículo 149.1.18.

Una vez que se aprueba la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que regula al personal estatutario, las funciones del personal de celador siguen siendo las que se reflejan en la orden preconstitucional del 5 de julio del año 1971 y que vienen descritas en su artículo 14.

En este trabajo vamos a hablar de la actuación del personal de celador en la atención primaria.

Aunque la figura del celador en la atención primaria pasa más desapercibido al necesitar menos personal de este rango, no significa que este sea menos importante, puesto que estará en todas las dependencias ayudando a los demás profesionales y a los pacientes y familiares, entre otras tareas.

A continuación pasaremos al estudio de las labores más comunes del celador en los centros de salud y/o en la atención primaria.

2 Objetivos

- Mostrar quién es el personal de celador que desempeña sus funciones en un centro hospitalario.
- Explicar la diferencia entre atención primaria y especializada.
- Exponer las funciones del celador en la farmacia hospitalaria en 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

La atención sanitaria viene dividida por dos niveles:

- La atención primaria.
- La atención especializada.

La atención primaria se presta en los centros de Salud y los consultorios locales y es el primer nivel de acceso a la sanidad por la población.

La atención especializada constituye el segundo nivel de acceso a la sanidad y se da en hospitales y en centros de especialidades, que cuando ya no se puede resolver el problema de salud de dicho paciente con el primer nivel, se le deriva a estos centros.

En los centros de salud la función principal va encaminada a desarrollar actividades sanitarias que encaminan a la promoción, curación, rehabilitación y prevención de la salud, ya sea de forma individual como colectiva de la población.

Las diferencias más llamativas entre la atención primaria y especializada, es que en la atención primaria no hay régimen de internamiento de los pacientes.

Comprobando las diferencias de los dos niveles de atención, enumeraremos las tareas y funciones a realizar por celador en la atención primaria de salud:

- Vigilarán la entrada y salida de pacientes de la puerta principal.
- Se encargará de llevar los documentos y materiales que le soliciten.
- Reposición de materiales.
- Informará a los pacientes del día y hora de su cita médica.
- Se encargarán del traslado de enfermos con poca movilidad por las dependencias.
- Velará porque mantengan el silencio y el orden dentro del centro de salud, los pacientes y sus respectivos acompañantes.
- Ayudar al personal médico en pequeñas intervenciones.

Observamos que las tareas del celador en los distintos niveles son similares y no difieren mucho de las tareas diarias de un celador en la atención especializada, con las funciones principales de ayudar en ciertas tareas, acompañar a los pacientes que requieran de ayuda y reponer material.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, se resalta la importancia de la formación de todo el personal y, en concreto, de los celadores con este tipo de pacientes, es primordial para ofrecer una atención de la calidad e integral que haga sentirse más cómodo al paciente. El ser conocedor y estar formado va a favorecer la comunicación

positiva con el paciente y puede llegar a reconocer ciertos signos de la enfermedad y apoyar y ayudar no solamente en la movilización y el traslado de los enfermos, sino en motivarlos. Por ello, el celador forma parte de este equipo multidisciplinar que atiende integralmente a los pacientes que acuden a un centro de atención primaria.

Vemos que la figura del celador es muy importante, independientemente del nivel de atención sanitario en el que nos encontremos.

A simple vista puede parecer que el puesto de trabajo del celador en la atención primaria puede resultar de menor importancia que en un hospital o centro de especialidades, pero, en esta investigación, se comprueba que, aunque parezca una figura más invisible que el resto de profesionales de los centros de salud, realiza muchas tareas tanto de atención al paciente como al especialista de la salud.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>

Capítulo 689

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN UNA PLANTA HOSPITALARIA

HÉCTOR GARCÍA GÓMEZ

MARI CARMEN MUÑOZ DÍAZ

MARCELO DE PAZ MUÑOZ

BORJA LOPEZ ONSURBE

FROILAN MORA SANTIAGO

1 Introducción

En cualquier centro sanitario, ya sea un hospital o un centro de salud, vamos a encontrar al personal de celador ejerciendo sus funciones.

Si revisamos la Ley General de sanidad, en ella podemos ver como establece que en los servicios de salud se tienen que integrar los diferentes servicios sanitarios públicos de su respectivo ámbito.

Esta integración se realiza teniendo en cuenta las peculiaridades organizativas y funcionales de los correspondientes centros, entre las que hay que destacar el régimen jurídico de su personal.

Por lo tanto, se puede decir que el celador forma parte del personal que ejerce sus funciones en los servicios sanitarios, las cuales están reguladas por el estatuto preconstitucional elaborado en el año 1971.

Debido a su antigüedad, es necesario llevar a cabo su actualización y adaptar su régimen jurídico.

Esa actualización se realiza mediante la Ley 55/2003, del 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, constituyendo la norma básica de dicho personal. Todo ello se hace de conformidad con la Constitución Española, en su artículo 149.1.18.

Una vez que se aprueba la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que regula al personal estatutario, las funciones del personal de celador siguen siendo las que se reflejan en la orden preconstitucional del 5 de julio del año 1971 y que vienen descritas en su artículo 14.

En este trabajo vamos a hablar de la actuación del personal de celador en una planta hospitalaria.

A lo largo de este estudio vamos a tratar de hacernos una idea general de qué tareas realiza este profesional de la salud en planta hospitalaria y por qué es fundamental su trabajo en dicho espacio del hospital.

2 Objetivos

- Mostrar quién es el personal de celador que desempeña sus funciones en un centro hospitalario.
- Exponer las funciones del celador en una planta 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

Se van a determinar las funciones generales que realiza el celador en la planta de un hospital y cómo es su relación con el resto de los trabajadores de dicho espacio.

El personal subalterno es de suma importancia para esta categoría profesional, ya que es el encargado principal de que este trabajador realice sus funciones de manera correcta en relación con el área de destino, en este caso la planta del hospital. No obstante, la labor del celador en la planta del hospital va a depender

del resto de los trabajadores que se encuentran en ella, puesto que serán los encargados, junto con el jefe de personal subalterno, de asignarle las tareas que se necesiten en determinados momentos en la planta del hospital y también de la necesidad del servicio del momento.

Es función básica del celador en planta:

- Velar por la tranquilidad del espacio.
- Vigilar el comportamiento de los pacientes y visitantes para evitar cualquier tipo de altercado que se pueda dar, tanto en las habitaciones como en los pasillos.
- También es tarea del celador vigilar que se siga el protocolo de actuación de las personas que han de estar autorizadas para permanecer en planta. Por tanto, cuidarán el acceso de los visitantes en planta para seguir con el protocolo de actuación de manera correcta y que es referido a las normas del hospital.
- Cuidarán también que las habitaciones estén acondicionadas de manera óptima, tanto de luz como de ventilación.
- Será otra de las tareas imprescindibles, estar al servicio del resto de los trabajadores para los momentos en que se necesite de la figura del celador. Realizando con ello funciones específicas como desplazar al paciente del lugar, ayudar a los trabajadores sanitarios en su servicio u orientar al enfermo con información general del área hospitalaria donde se encuentra.

El celador en planta va a desarrollar muchas de las tareas que están determinadas en su Estatuto básico, pero con la salvedad de que van a depender del resto de los trabajadores y estos les van a ir asignando determinadas funciones en momentos puntuales de su servicio en planta.

5 Discusión-Conclusión

Una vez visualizadas las características generales que se debe tener en cuenta cuando el celador está en la planta de un hospital, determinamos que sus funciones básicas van a depender de las instrucciones que le den el resto de los trabajadores en dicha planta del hospital, especialmente en lo que respecta a los sanitarios que se encuentran destinados en esta zona. Es, por tanto, la relevancia de esta categoría profesional celador en su relación con el resto de los trabajadores fundamental, ya que el trabajo del resto va a depender del apoyo del celador en planta.

Por otro lado, concluimos que el celador tiene muchas funciones básicas de su Estatuto que puede aplicar a la planta en el que esté destinado, siendo cada una de ellas fundamentales en el buen desarrollo de la misma.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 690

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO Y SU LABOR DENTRO DEL SERVICIO DE ADMISIÓN HOSPITALARIA

CRISTINA PÉREZ PÉREZ

BEATRIZ PEREZ PEREZ

ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ

FRANCISCO AMARILLO GARCÍA

IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO

1 Introducción

En el entorno hospitalario, la labor del auxiliar administrativo sanitario en el servicio de admisión desempeña un papel de vital importancia que va más allá de las tareas administrativas convencionales. Cuando los pacientes y sus familias llegan al hospital, el auxiliar administrativo sanitario es el primer rostro que encuentran, siendo la primera impresión que influirá en su experiencia en todo el proceso de atención médica. La labor de este profesional no solo implica la gestión de documentos y trámites, sino que también implica la habilidad de crear un ambiente acogedor y orientar a los pacientes en un momento potencialmente estresante.

Esta introducción nos invita a explorar la valiosa función que cumple el auxiliar administrativo sanitario en el servicio de admisión hospitalaria. Su presencia es esencial para establecer un tono positivo y proporcionar una experiencia de ingreso suave y bien organizada para los pacientes y sus familias. En un entorno donde el confort emocional es tan importante como la eficiencia administrativa, el auxiliar administrativo desempeña un papel de intermediario fundamental.

A lo largo de esta guía, exploraremos en detalle las diversas facetas del trabajo del auxiliar administrativo sanitario en la admisión hospitalaria. Desde la recepción inicial hasta la coordinación de citas y el apoyo en emergencias, su labor refleja un equilibrio entre habilidades administrativas y cualidades de comunicación y empatía.

El auxiliar administrativo es el primer punto de contacto para los pacientes al ingresar al hospital, y su capacidad para transmitir una actitud amable y empática crea un entorno más acogedor y menos intimidante para quienes buscan atención médica. Además, su destreza en la coordinación de citas y la gestión de información confidencial contribuyen al flujo eficiente de pacientes y al cumplimiento de requisitos administrativos.

La labor del auxiliar administrativo sanitario también involucra la capacidad de manejar situaciones imprevistas, como emergencias médicas, demostrando su habilidad para actuar bajo presión y mantener la calma mientras brinda apoyo a los pacientes.

2 Objetivos

Dar a conocer las principales funciones que ejerce el auxiliar administrativo en admisión de pacientes.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2023 y agosto de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (admission OR “hospital admission”) AND (“health administrative” OR administrative OR “administrative assistant”).

4 Resultados

El auxiliar administrativo sanitario desempeña un papel esencial dentro del servicio de admisión hospitalaria. Su labor va más allá de la gestión administrativa, ya que actúa como el primer punto de contacto para los pacientes y sus familias al ingresar al hospital. A continuación, exploraremos cómo el auxiliar administrativo sanitario contribuye al funcionamiento efectivo y al ambiente acogedor en el servicio de admisión hospitalaria:

- **Recepción y Acogida:** El auxiliar administrativo sanitario recibe a los pacientes y sus familiares en el momento de su ingreso al hospital. Su actitud amable y empática crea un ambiente acogedor, ayudando a los pacientes a sentirse cómodos y bienvenidos.
- **Registro y Documentación:** Uno de los roles principales del auxiliar administrativo es registrar y documentar la información esencial del paciente, como datos personales, historial médico y seguro de salud. Esta información es crucial para garantizar un proceso de admisión fluido y la asignación de habitaciones adecuadas.
- **Coordinación de Citas y Turnos:** El auxiliar administrativo se encarga de programar citas, consultas médicas y procedimientos según la disponibilidad del hospital y las preferencias del paciente. Esta coordinación eficiente optimiza el flujo de pacientes y reduce los tiempos de espera.
- **Manejo de Información Confidencial:** Dado que el auxiliar administrativo tiene acceso a información sensible, debe seguir rigurosos protocolos de privacidad y confidencialidad para proteger los datos de los pacientes.
- **Asistencia en Trámites Administrativos:** Ayuda a los pacientes a completar formularios y trámites administrativos necesarios para el proceso de admisión, como la firma de consentimientos informados y la verificación de seguros médicos.
- **Orientación y Derivación:** El auxiliar administrativo proporciona información básica sobre la ubicación de las áreas del hospital, servicios disponibles y responde a preguntas generales. También puede derivar a los pacientes a los departamentos adecuados según sus necesidades.
- **Apoyo en Emergencias:** En situaciones de emergencia, el auxiliar administrativo colabora en la organización y coordinación de la admisión de pacientes, asegurando que reciban la atención necesaria de manera rápida y eficaz.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del auxiliar administrativo sanitario en el servicio de admisión hospitalaria es fundamental para garantizar una experiencia positiva y eficiente para los pacientes desde el momento en que ingresan al centro de salud. A lo largo de esta guía, hemos explorado cómo su labor va más allá de las tareas administrativas tradicionales, abarcando aspectos de acogida, organización y apoyo emocional.

El auxiliar administrativo sanitario despliega una actitud acogedora y empática que contribuye a crear un ambiente hospitalario más humano y menos intimidante para los pacientes y sus familias. Esta primera impresión es crucial para establecer una base positiva en la relación entre el paciente y el hospital.

Su capacidad para coordinar citas y gestionar la información de manera eficiente es esencial para mantener el flujo adecuado de pacientes y para asegurar que los procesos administrativos se realicen de manera efectiva, evitando retrasos innecesarios.

En situaciones de emergencia, el auxiliar administrativo sanitario demuestra su capacidad para manejar el estrés y brindar apoyo inmediato y organizado, lo que es vital para la seguridad y el bienestar de los pacientes.

La habilidad del auxiliar administrativo para manejar la información confidencial con la debida privacidad y respeto muestra su compromiso con la ética y la confianza del paciente.

6 Bibliografía

1. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA. Memoria 2019. Madrid: Servicio Madrileño de Salud, 2020, p. 12-13. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/puertadehierro/nosotros/memorias>
2. IDIPHSA INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA PUERTA DE HIERRO SEGOVIA ARANA. Memoria científica 2019. Majadahonda: IDIPHSA, 2020, p. 14-5 Disponible en: https://investigacionpuertadehierro.com/wpcontent/uploads/2020/11/IDIPHSA_Memoria_Cient%C3%ADfica_2019.pdf.
3. JEFATURA DEL ESTADO. LEY 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. [disposición oficial]. BOE;29 de abril de 1986 (102): p. 15.209. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>.
4. LÓPEZ DOMÍNGUEZ, O. Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de

- Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla Ediciones; 1997: p.111. MINISTERIO DE SANIDAD. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2019. Resumen ejecutivo. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2021. Disponible em: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/ResumenEjecutivo_2019.pdf
5. RAMOS MARTÍN-VEGUE, A. J. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. In: NICOLÁS FERNANDEZ, M. (coord.). 50 aniversario Hospital Puerta de Hierro [1964-2014]. Madrid: Reyper Impresión, 2014. p. 236-239.
6. UNIÓN EUROPEA. Superficie y población. [internet]. Disponible em: https://europa.eu/european-union/abouteu/figures/living_es. Acceso em 1 jul. 2021.
7. SEDOM. Proyecto del perfil profesional del documentalista médico. Papeles Médicos 1992;1(2): p.21-2. Disponible em: https://www.sedom.es/wpcontent/themes/sedom/pdf/4e0c54df1dd155_papeles.pdf.
8. SILOS MUÑOZ, J. L. Consenso en el perfil de los profesionales de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica de Extremadura obtenido por grupo nominal. Papeles Médicos 1992;1(2): p.21-2. Disponible em: https://www.sedom.es/wpcontent/themes/sedom/pdf/4e1429bf803f94_consenso.pdf.

Capítulo 691

LA CONFIDENCIALIDAD Y LA PROTECCIÓN DE DATOS SANITARIOS SEGÚN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CRISTINA PÉREZ PÉREZ

IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO

FRANCISCO AMARILLO GARCÍA

ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ

BEATRIZ PEREZ PEREZ

1 Introducción

En el ámbito de la atención médica, la confidencialidad y la protección de datos sanitarios son principios fundamentales que salvaguardan la privacidad y la dignidad de los pacientes. En este contexto, el papel del auxiliar administrativo sanitario cobra una relevancia crucial, ya que estos profesionales son responsables de manejar información confidencial y personal de los pacientes en su labor diaria. La confianza del paciente en el sistema de salud depende en gran medida de la capacidad de los auxiliares administrativos para garantizar la confidencialidad y la seguridad de los datos.

Esta introducción nos invita a explorar la importancia de la confidencialidad y la protección de datos sanitarios desde la perspectiva del auxiliar administrativo

sanitario. En un entorno donde la información sensible fluye constantemente, la responsabilidad de estos profesionales para gestionarla de manera segura y respetuosa es de vital importancia.

A lo largo de esta guía, examinaremos en detalle cómo el auxiliar administrativo sanitario contribuye a la confidencialidad y la protección de datos. Desde el respeto a la privacidad del paciente hasta la implementación de medidas de seguridad, su labor es esencial para mantener la integridad de la información médica y personal.

El auxiliar administrativo sanitario se encuentra en una posición única, ya que interactúa directamente con datos confidenciales mientras realiza tareas administrativas y de coordinación. Su capacidad para mantener esta información protegida y comunicarse de manera segura es crucial para evitar filtraciones no autorizadas.

En un entorno en constante evolución, el auxiliar administrativo debe mantenerse actualizado sobre las regulaciones y leyes relacionadas con la protección de datos, como el Reglamento General de Protección de Datos (GDPR) en Europa. Esto garantiza que sus acciones estén en línea con las normativas actuales y que se cumpla con los más altos estándares de confidencialidad.

2 Objetivos

Describir el papel y los principales aspectos a tener en cuenta por el auxiliar administrativo en relación con la protección de datos en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre junio de 2023 y septiembre de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“confidentiality” OR confidentiality) AND (“health administrative” OR administrative OR “administrative assistant”).

4 Resultados

La confidencialidad y la protección de datos sanitarios son aspectos de suma importancia en el ámbito de la atención médica y, en particular, para el auxiliar

administrativo sanitario. Estos profesionales desempeñan un papel crucial en la gestión de información sensible y personal de los pacientes, y su cumplimiento riguroso de las normativas de privacidad es esencial para garantizar la confianza y el respeto de los pacientes hacia el sistema de salud. A continuación, exploraremos cómo el auxiliar administrativo sanitario contribuye a la confidencialidad y la protección de datos en su labor:

- **Respeto a la Privacidad:** El auxiliar administrativo sanitario maneja información personal y médica confidencial de los pacientes, como historiales clínicos, diagnósticos y tratamientos. Es crucial que respete la privacidad de esta información y evite cualquier divulgación no autorizada.
- **Acceso Limitado:** Los auxiliares administrativos deben tener acceso restringido a la información del paciente que sea estrictamente necesaria para llevar a cabo sus responsabilidades. Solo deben acceder a los datos relevantes para realizar tareas administrativas específicas.
- **Almacenamiento Seguro:** La información confidencial debe ser almacenada de manera segura y protegida contra el acceso no autorizado. Los auxiliares administrativos deben seguir procedimientos para garantizar que los documentos y registros estén resguardados adecuadamente.
- **Comunicación Protegida:** La comunicación sobre asuntos médicos y personales de los pacientes debe realizarse de manera discreta y segura. El auxiliar administrativo debe evitar discusiones en lugares públicos o donde puedan ser escuchados por terceros no autorizados.
- **Consentimiento Informado:** Siempre que se requiera la divulgación de información confidencial, el auxiliar administrativo debe asegurarse de obtener el consentimiento informado del paciente o de la persona legalmente autorizada.
- **Destrucción Segura de Información:** Cuando los documentos ya no sean necesarios, deben ser destruidos de manera segura para prevenir cualquier posibilidad de acceso no autorizado.
- **Cumplimiento Normativo:** El auxiliar administrativo sanitario debe estar al tanto de las leyes y regulaciones que rigen la confidencialidad y la protección de datos en el ámbito de la salud. Esto incluye regulaciones como el Reglamento General de Protección de Datos (GDPR) en Europa.
- **Capacitación Continua:** Los auxiliares administrativos deben recibir capacitación regular sobre la importancia de la confidencialidad y la protección de datos, así como sobre los procedimientos específicos que deben seguir para garantizar el cumplimiento normativo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo sanitario en la confidencialidad y la protección de datos sanitarios es esencial para mantener la confianza y la integridad en el sistema de atención médica. A lo largo de esta guía, hemos explorado cómo su labor va más allá de las tareas administrativas convencionales, abarcando la responsabilidad crucial de salvaguardar la privacidad de la información de los pacientes.

La confidencialidad y la protección de datos son pilares fundamentales en la relación entre el paciente y el sistema de salud. El auxiliar administrativo se convierte en el guardián de esta confianza al manejar de manera segura la información médica y personal. Su compromiso con el respeto a la privacidad, la comunicación segura y el acceso limitado refleja una ética profesional sólida y un respeto profundo por los derechos del paciente.

La actualización constante sobre las regulaciones y leyes relacionadas con la protección de datos es crucial para que el auxiliar administrativo se mantenga al día y cumpla con los estándares normativos más altos. Su conocimiento y cumplimiento de estas normativas demuestran su dedicación a mantener la confidencialidad y la seguridad de la información de los pacientes.

El auxiliar administrativo no solo es un administrador de datos, sino también un defensor de la confianza del paciente. Su labor es esencial para crear un ambiente donde los pacientes se sientan cómodos, compartiendo información personal y médica, sabiendo que será tratada con el más alto nivel de respeto y protección.

6 Bibliografía

1. Remis, José. Pasado y presente del Juramento Hipocrático – Análisis de su vigencia. 2009; 73(2): 139-141
2. Promsex.org, ¿Confidencialidad o justicia? La regulación del deber/derecho al secreto profesional médico en el Perú y sus implicancias en el derecho a la salud. Lima – 2009 [actualizada el 12 de abril del 2010]. Disponible en: <http://www.promsex.org/documentacion/publicaciones.html?start=16>
3. Heitzmann, T. El secreto médico: actitudes y toma de decisiones en la práctica clínica. Madrid 1999
4. Chamorro, J. Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (3): 357-366. Pamplona 2006

5. Iraburu, M. Estudio multicéntrico de Investigación sobre la confidencialidad. Navarra 2007.
6. Júdez J, Nicolás P, Delgado M^a T, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: confidencialidad, historia clínica, la información. Med Clin (Barc) 2002; 118 (1): 18-37

Capítulo 692

LA RELACIÓN CON EL PACIENTE EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS SANITARIAS SEGÚN EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CRISTINA PÉREZ PÉREZ

ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ

BEATRIZ PEREZ PEREZ

IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO

FRANCISCO AMARILLO GARCÍA

1 Introducción

En el entorno de la atención médica de urgencias, la relación entre el paciente y el personal hospitalario adquiere una importancia trascendental. En este contexto, la figura del auxiliar administrativo se erige como un elemento clave para gestionar la experiencia del paciente durante momentos de crisis y emergencia. Aunque no participa directamente en la atención médica, el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en el manejo de la relación con el paciente y en la coordinación logística que contribuye a un proceso más fluido y menos estresante.

Esta introducción nos invita a adentrarnos en la relevante función que cumple el auxiliar administrativo en la relación con el paciente en situaciones de urgencias

sanitarias. En un escenario donde el tiempo y la eficiencia son esenciales, el auxiliar administrativo despliega una serie de habilidades de comunicación, empatía y coordinación para asegurar que la experiencia del paciente sea lo más cómoda y organizada posible.

A lo largo de esta guía, exploraremos en detalle cómo el auxiliar administrativo establece y gestiona la relación con el paciente en urgencias. Desde el momento en que el paciente llega al hospital hasta la coordinación interdepartamental y el apoyo a los familiares, su labor desempeña un papel determinante en el proceso de atención de urgencia.

El auxiliar administrativo actúa como un punto de conexión esencial entre el paciente, el personal médico y el sistema hospitalario. Su capacidad para comunicarse con claridad y empatía ayuda a reducir la ansiedad y el estrés que a menudo acompañan a situaciones de urgencia.

En una atmósfera donde el tiempo puede ser crucial, el auxiliar administrativo contribuye a la eficiencia del proceso al guiar al paciente y a sus acompañantes a través de los procedimientos administrativos y logísticos necesarios.

Además, el auxiliar administrativo juega un rol en la colaboración entre departamentos y en el mantenimiento de la confidencialidad y la privacidad de la información del paciente en situaciones de alta demanda.

2 Objetivos

Dar a conocer las principales atenciones que se realizan por el auxiliar administrativo en la admisión de urgencias sanitarias.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre julio de 2023 y septiembre de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (admission OR “emergency admission” OR “emergency admission”) AND (“health administrative” OR administrative OR “administrative assistant”).

4 Resultados

La relación con el paciente en situaciones de atención de urgencias sanitarias es una dimensión crucial de la labor del auxiliar administrativo en el ámbito de la salud. Aunque este profesional no está directamente involucrado en la atención médica, desempeña un papel esencial en la gestión de la experiencia del paciente durante momentos de crisis y emergencia. A continuación, exploraremos cómo el auxiliar administrativo establece y maneja la relación con el paciente en situaciones de urgencias sanitarias:

- **Empatía y Escucha Activa:** A pesar de no estar a cargo del tratamiento médico, el auxiliar administrativo muestra empatía y demuestra una actitud de escucha activa hacia el paciente y sus acompañantes. Escuchar sus preocupaciones y ofrecer palabras de aliento puede ayudar a calmar la ansiedad y el estrés que a menudo acompañan a las urgencias.
- **Comunicación Clara y Tranquilizadora:** El auxiliar administrativo se comunica de manera clara y tranquila, proporcionando información relevante sobre los procedimientos administrativos, los tiempos de espera y otros aspectos logísticos. Esta comunicación ayuda a disipar las dudas y a reducir la incertidumbre.
- **Orientación y Apoyo Logístico:** Durante situaciones de urgencia, el auxiliar administrativo guía al paciente y a sus acompañantes en el proceso de admisión, registros y documentación necesarios. Brinda orientación sobre los pasos a seguir, lo que puede aliviar parte de la confusión que surge en momentos de emergencia.
- **Respeto a la Privacidad:** El auxiliar administrativo respeta la privacidad y la sensibilidad del paciente, asegurándose de que la información personal se maneje de manera confidencial, incluso en situaciones de alta demanda y tensión.
- **Manejo de Pacientes Angustiados:** Algunos pacientes pueden llegar a las urgencias en estado de angustia emocional. El auxiliar administrativo mantiene la calma y ofrece un enfoque tranquilizador para ayudar a reducir el estrés del paciente y brindar apoyo en momentos críticos.
- **Coordinación Interdepartamental:** El auxiliar administrativo colabora estrechamente con el equipo médico y de enfermería para garantizar una atención fluida y coordinada. Esta colaboración eficiente es esencial para el manejo efectivo de situaciones de urgencia.
- **Gestión de Familiares y Acompañantes:** En muchos casos, los familiares y acompañantes de los pacientes también pueden estar ansiosos y preocupados. El auxiliar administrativo les brinda información actualizada y orientación sobre cómo pueden apoyar al paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la relación con el paciente en la atención de urgencias sanitarias desempeña un papel esencial en el ámbito hospitalario y el auxiliar administrativo desempeña una función vital en esta dinámica. A lo largo de esta guía, hemos explorado cómo su labor va más allá de la gestión administrativa convencional y se convierte en un elemento crucial para brindar apoyo, empatía y coordinación en momentos críticos.

La capacidad del auxiliar administrativo para establecer una comunicación clara y tranquilizadora es fundamental para ayudar a los pacientes y sus familias a enfrentar situaciones de urgencia con menos ansiedad y estrés. Su actitud empática y su habilidad para escuchar activamente son herramientas valiosas para crear un ambiente de apoyo en momentos de crisis.

La coordinación logística que el auxiliar administrativo realiza durante las urgencias asegura un proceso más fluido y organizado para el paciente. Desde la orientación hasta la colaboración interdepartamental, su labor contribuye a un manejo eficiente de la situación.

La relación con el paciente también implica un respeto y una protección constante de la privacidad y la confidencialidad de la información. El auxiliar administrativo garantiza que esta información sensible se maneje con la máxima discreción y seguridad, incluso en circunstancias desafiantes.

En momentos de urgencia, los pacientes y sus familiares pueden estar emocionalmente afectados. La capacidad del auxiliar administrativo para ofrecer un enfoque tranquilizador y calma es invaluable para proporcionar un apoyo emocional que va más allá de lo puramente administrativo.

6 Bibliografía

1. Vásquez, L., Ferreira, R., Mogollón, A., Fernández, J., Delgado, E. & Vargas, I. (2017). Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Universidad del Rosario, Bogotá. <https://repository.urosario.edu.co/items/63d89a72-8c62-4116-9491-fc5506397fd6>
2. Villarreal, O & Landeta, J. (2010). El estudio de caso como metodología de investigación científica en economía de la empresa y dirección estratégica. Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de Empresa. Vol. 16. No 3
3. Rodríguez Jáuregui, G., González Pérez, A., Hernández González, S. & Hernández Ripalda, M. (2017). Análisis del servicio de Urgencias aplicando teoría de líneas de espera. Contaduría y Administración. Vol. 62. 719-732. <http://www.cya.>

unam.mx/index.php/cya/article/view/942

4. Pizarro, E. & Villasana P. (2019). Proceso de toma de decisiones en instituciones públicas de salud de Chile, partiendo del dato. *Revista Comunidad y Salud*. Vol. 19. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv17sup/art05.pdf>
5. Jiménez, J. & Jiménez, E. (2016). El clima laboral y su incidencia en la satisfacción de los trabajadores de una empresa de consumo masivo. *Ciencia UNEMI*. Vol. 9. No 18. 26-34. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5774750>
6. Lopera Betancur, M. A., & García Henao, M. L., Madrigal Ramírez, M., Forero Pulido, C (2010). Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Revista Investigación y educación en enfermería*. Vol. 28. No 1. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000100008
7. Herrera-Almanza, L., Hernández-Martínez., A. Roldan-Tabares, M., Hernández-Restrepo, F., Thowinson-Hernández, M., Coronado-Magalaez, G., Cuartas-Agudelo, Y., & MartínezSánchez, L. (2022). El Triage como herramienta de priorización en los servicios de urgencias. *Medicina Interna México*. Vol. 38. pág. 322-334. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2022/mim222j.pdf>

Capítulo 693

PROCESOS DE PRODUCCIÓN EN UNA LAVANDERÍA DE ROPA PARA HOSPITALES

CRISTINA GARCIA REYES

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

SANDRA GARCÍA REYES

MANUEL GALDÓN GARVÍ

1 Introducción

Las lavanderías hospitalarias desempeñan un papel absolutamente esencial en la gestión de la atención médica, ya que tienen la responsabilidad crucial de procesar y asegurar la higiene de la ropa utilizada en entornos hospitalarios. Este documento tiene como enfoque principal llevar a cabo un análisis exhaustivo del proceso de producción específico de una lavandería dedicada a la ropa hospitalaria. Dicho análisis se lleva a cabo considerando detenidamente las características únicas que diferencian a estas lavanderías de sus contrapartes comerciales convencionales.

Entre las particularidades que distinguen a las lavanderías hospitalarias, destaca la imperativa necesidad de mantener unos estándares de higiene y desinfección excepcionalmente altos. Esto se debe a la constante amenaza de contaminación

de la ropa con agentes patógenos potencialmente peligrosos, que podrían poner en riesgo tanto la salud de los pacientes como la de los profesionales médicos. Por tanto, la esterilidad y la eliminación eficaz de microorganismos nocivos se convierten en imperativos inquebrantables.

Otra característica que define a las lavanderías hospitalarias es la notable diversidad de prendas y la variabilidad en cuanto a su forma y tamaño. A diferencia de las lavanderías comerciales convencionales, donde la ropa suele ser bastante uniforme, en las lavanderías hospitalarias, uno puede encontrar desde sábanas y batas quirúrgicas hasta uniformes médicos y cortinas de hospital. Esto implica que el proceso de lavado debe ser versátil y adaptable para satisfacer las necesidades específicas de cada tipo de prenda, al tiempo que se mantiene la calidad y la higiene.

Las lavanderías hospitalarias son esenciales para el funcionamiento seguro y efectivo de cualquier entorno de atención médica. Este análisis se centra en las complejidades y particularidades de estas instalaciones, donde mantener altos estándares de higiene y desinfección es primordial debido a la constante amenaza de contaminación, y donde la diversidad de prendas y sus diferentes características hacen que el proceso de producción sea singularmente desafiante.

2 Objetivos

- Analizar las fases clave del proceso de producción de una lavandería hospitalaria.
- Identificar las áreas que requieren mano de obra especializada.
- Destacar los procedimientos de desinfección y tratamiento de la ropa hospitalaria.
- Resaltar la importancia de mantener la higiene y la asepsia en todo momento.

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 proceso de producción en una lavandería especializada en ropa hospitalaria es un aspecto fundamental para asegurar la seguridad y la higiene en entornos médicos. Cada una de las etapas de este proceso desempeña un papel esencial en la consecución de este objetivo, y a continuación, se proporciona una descripción más detallada de cada una de estas fases:

1. Zona de Clasificación y Lavado:

- **Recepción y Verificación de la Ropa Sucia:** En este punto, se recibe y verifica la ropa utilizada en el hospital. La minuciosidad es clave para identificar manchas, objetos extraños o daños en las prendas.
- **Pesado de la Ropa:** Se realiza un pesaje preciso de la ropa para determinar la carga óptima de las lavadoras, lo que contribuye a maximizar la eficiencia y reducir el consumo de recursos.
- **Clasificación y Programas de Lavado:** La ropa se clasifica según criterios específicos, como el tipo de tela, el color y el nivel de suciedad. Esto garantiza que cada prenda reciba el tratamiento adecuado, incluyendo programas de lavado diseñados para la desinfección de la ropa hospitalaria.
- **Preparación de Lotes y Cargas:** Agrupar la ropa en lotes similares facilita el procesamiento eficiente y asegura que las prendas reciban el cuidado adecuado.
- **Aplicación de Programas de Lavado:** La selección precisa de programas de lavado garantiza la eliminación efectiva de gérmenes y patógenos, especialmente relevante en entornos hospitalarios.
- **Carga de Lavadoras y Mantenimiento:** Las lavadoras industriales son vitales en esta fase, y su mantenimiento regular es esencial para asegurar un funcionamiento óptimo y la desinfección térmica adecuada.

2. Zona o Sección de Planchado:

- **Procesamiento de la Ropa Limpia:** En esta fase se seca, plancha y dobla la ropa de manera adecuada. Un control de calidad riguroso verifica tanto la desinfección como la presentación de las prendas.
- **Clasificación Específica:** La ropa se clasifica aún más según los procesos de secado y planchado necesarios, asegurando que cada prenda se trate adecuadamente.
- **Temperatura de Planchado:** El control preciso de la temperatura de planchado es esencial para garantizar la desinfección de la ropa, ya que se requieren altas temperaturas para eliminar gérmenes y bacterias.

3. Sección de Empaquetado:

- **Empaquetado en Film de Polietileno:** Este paso asegura que la ropa permanezca

limpia y libre de contaminación durante el transporte y el almacenamiento en el hospital.

- **Control de Calidad Final:** Antes de que las prendas sean enviadas, se realiza una verificación de calidad final para garantizar que estén en condiciones óptimas y cumplan con los estándares de higiene y calidad requeridos.
- **Documentación para Envíos:** La preparación adecuada de la documentación es esencial para mantener un registro adecuado de los envíos y facilitar la trazabilidad de las prendas.

4. Sección de Costura y Repaso de la Ropa:

- **Reparación y Mantenimiento:** En esta área, se llevan a cabo reparaciones como el zurcido y el remiendo para extender la vida útil de las prendas hospitalarias, lo que contribuye a la eficiencia operativa de la lavandería.
- **Confección de Prendas Sencillas:** En algunos casos, se pueden necesitar prendas nuevas o adaptaciones en el hospital. Esta sección puede confeccionar prendas sencillas según sea necesario.

5. Aspectos Propios de la Lavandería Hospitalaria:

- **Separación Rigurosa de la Ropa:** Desde el transporte hasta la lavadora, se aplican protocolos estrictos para evitar la contaminación cruzada entre la ropa sucia y limpia.
- **Programas de Lavado Especiales:** Los programas de lavado están diseñados para eliminar patógenos, incluyendo desinfección térmica a altas temperaturas.
- **Planchado a Altas Temperaturas:** La temperatura de planchado se ajusta específicamente para garantizar la desinfección completa.
- **Empaquetado en Film de Plástico:** Este último paso mantiene la esterilidad de la ropa y evita la contaminación durante el almacenamiento y el transporte en el hospital.

Estas fases son fundamentales para asegurar que la ropa hospitalaria esté completamente desinfectada y lista para su uso en entornos médicos, donde la higiene y la asepsia son de vital importancia. La inversión en tecnología y la capacitación del personal son esenciales para cumplir con estos rigurosos estándares de calidad y garantizar la seguridad de los pacientes y el personal médico.

5 Discusión-Conclusión

Las lavanderías hospitalarias desempeñan un papel de vital importancia en la gestión eficaz de la atención médica, ya que su labor se centra en garantizar la higiene y la asepsia de la ropa utilizada en los complejos entornos hospitalarios. La relevancia de estas instalaciones radica en la necesidad de procesar la ropa de

manera que cumpla con los más altos estándares de limpieza y seguridad, factores esenciales para la salud tanto de los pacientes como del personal médico. En este contexto, el proceso de producción en las lavanderías hospitalarias se destaca por su adaptación a las particularidades de la ropa hospitalaria, lo que implica una serie de consideraciones fundamentales.

En primer lugar, es imperativo comprender que la ropa utilizada en hospitales está expuesta a una amplia variedad de contaminantes, que van desde microorganismos patógenos hasta fluidos corporales. Esta exposición subraya la necesidad de aplicar procedimientos de desinfección rigurosos y específicos durante el proceso de producción. Estos procedimientos pueden incluir el uso de altas temperaturas durante el lavado y el planchado, así como la utilización de productos químicos desinfectantes diseñados para eliminar cualquier rastro de contaminación. La implementación de estas prácticas se traduce en prendas limpias y libres de patógenos, lo que es de suma importancia en un entorno hospitalario donde la prevención de infecciones es esencial.

Además de la desinfección, otro aspecto crítico es la estricta separación de la ropa sucia y limpia en todas las etapas del proceso de producción. Desde la recepción inicial hasta el almacenamiento y la distribución, se deben aplicar protocolos rigurosos para evitar cualquier forma de contaminación cruzada. Este nivel de atención y cuidado es vital para garantizar que la ropa hospitalaria mantenga su integridad higiénica en todo momento y no represente un riesgo para la salud.

En tercer lugar, mantener estándares de calidad elevados es una prioridad inquebrantable en las lavanderías hospitalarias. La ropa procesada debe someterse a un control de calidad exhaustivo para asegurarse de que cumple con los requisitos específicos de higiene y seguridad. Esto implica verificar la desinfección adecuada de las prendas y su presentación impecable antes de ser enviadas de vuelta al entorno hospitalario.

Para lograr todos estos objetivos, es esencial invertir en tecnología avanzada y capacitación del personal. Las lavanderías hospitalarias deben estar equipadas con maquinaria especializada que pueda garantizar la desinfección eficiente de la ropa y su manipulación adecuada. Además, el personal debe recibir una formación continua para llevar a cabo cada fase del proceso de producción con la máxima precisión y atención al detalle.

Las lavanderías hospitalarias desempeñan un rol esencial en la gestión de la atención médica al garantizar la higiene y la asepsia de la ropa utilizada en entornos hospitalarios. El proceso de producción en estas instalaciones se distingue por su adaptación a las necesidades únicas de la ropa hospitalaria, enfocándose en la desinfección, la separación de la ropa sucia y limpia, y el mantenimiento de están-

dares de calidad excepcionales. La inversión en tecnología y la capacitación del personal son piedras angulares para cumplir con estos requisitos y proporcionar un servicio de alta calidad en la atención médica.

6 Bibliografía

1. Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios. Manual de planificación técnica y funcional. Instituto Nacional de la Salud
2. <https://ingesa.sanidad.gob.es>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://empleopublico.jcyl.es/web/jcyl/EmpleoPublico>

Capítulo 694

MEDIDAS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN LAVANDERÍAS DE HOSPITALES

SANDRA GARCÍA REYES

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

MANUEL GALDÓN GARVÍ

CRISTINA GARCIA REYES

1 Introducción

Para comprender plenamente la importancia de las medidas de seguridad e higiene en las lavanderías hospitalarias, es esencial reconocer los riesgos y desafíos que enfrentan:

Exposición a Patógenos: La ropa utilizada en hospitales puede estar contaminada con patógenos peligrosos, como bacterias resistentes a los antibióticos o virus. Los trabajadores de lavandería están en riesgo de exposición a estas sustancias si no se toman precauciones adecuadas.

Sustancias Químicas: Los productos químicos utilizados en el proceso de lavado y desinfección pueden ser tóxicos si se manejan incorrectamente. Esto incluye detergentes, desinfectantes y otros productos químicos utilizados para limpiar y descontaminar la ropa.

Lesiones Mecánicas: Las máquinas utilizadas en las lavanderías hospitalarias, como lavadoras industriales y secadoras, pueden representar un riesgo de lesiones mecánicas si no se operan correctamente. Esto incluye atrapamientos, cortes y lesiones por movimientos repetitivos.

Ergonomía Deficiente: La manipulación de grandes cantidades de ropa pesada puede llevar a problemas de ergonomía si no se siguen las mejores prácticas. Esto puede resultar en lesiones musculoesqueléticas crónicas en los trabajadores.

Medidas de Seguridad e Higiene Específicas para Lavanderías Hospitalarias:

Para mitigar estos riesgos y garantizar un entorno de trabajo seguro y cumplir con los estándares de higiene requeridos, se deben implementar medidas específicas:

Equipamiento de Protección Personal (EPP): Los trabajadores de lavandería deben usar EPP, como guantes, batas y gafas de seguridad, para protegerse de la exposición a patógenos y productos químicos peligrosos.

Procedimientos de Manipulación Segura: Se deben establecer procedimientos claros y capacitación para la manipulación segura de la ropa contaminada. Esto incluye el manejo de bolsas de ropa sucia y la disposición adecuada de residuos contaminados.

Ventilación y Control de Exposición: Las lavanderías deben contar con sistemas de ventilación adecuados para reducir la exposición a vapores tóxicos de productos químicos. También se pueden utilizar sistemas de filtración de aire para mantener un ambiente limpio.

Capacitación Continua: Los trabajadores deben recibir capacitación continua sobre seguridad e higiene, incluyendo cómo manejar productos químicos, cómo usar el equipo de protección y cómo prevenir lesiones mecánicas.

Ergonomía: Se deben implementar medidas ergonómicas para reducir la tensión física en los trabajadores, como el uso de carros y equipos de elevación para transportar ropa pesada.

Mantenimiento Preventivo: Las máquinas de lavandería deben someterse a un mantenimiento preventivo regular para garantizar su funcionamiento seguro y eficiente.

Seguimiento y Cumplimiento: Se deben establecer procedimientos de

seguimiento y cumplimiento para garantizar que se sigan todas las medidas de seguridad e higiene y se realicen inspecciones periódicas para identificar y abordar posibles problemas.

En resumen, las lavanderías hospitalarias desempeñan un papel crítico en la atención médica, pero también enfrentan riesgos significativos. La implementación de medidas de seguridad e higiene efectivas es esencial para garantizar un entorno de trabajo seguro y cumplir con los estándares de higiene necesarios, lo que a su vez contribuye a la calidad del servicio de atención médica y la seguridad de los trabajadores.

2 Objetivos

- Reconocer y evaluar exhaustivamente los riesgos inherentes asociados tanto a la maquinaria utilizada como a las operaciones llevadas a cabo en las lavanderías hospitalarias. Este análisis profundo permitirá una comprensión precisa de las áreas donde se requiere una atención especial y la implementación de medidas preventivas adicionales.

Resaltar la relevancia crítica de proporcionar un entrenamiento adecuado a los trabajadores con el fin de prevenir accidentes. Esto incluye la concienciación sobre los riesgos potenciales presentes en el entorno de la lavandería hospitalaria y la promoción de prácticas seguras en el lugar de trabajo.

- Explorar en detalle las medidas de protección específicas que son necesarias para diferentes tipos de maquinaria empleada en lavanderías hospitalarias. Cada máquina puede presentar riesgos particulares, por lo que es esencial abordarlos de manera individualizada.

- Subrayar la importancia crítica de garantizar una adecuada ventilación en el entorno de la lavandería hospitalaria. Además, se pretende destacar la necesidad de suministrar y utilizar el equipo de protección personal (EPP) adecuado para garantizar la seguridad y la salud de los empleados en todo momento.

En conjunto, estos objetivos proporcionarán un enfoque completo y detallado sobre la seguridad e higiene en las lavanderías hospitalarias, contribuyendo a un entorno de trabajo más seguro y a la prevención efectiva de accidentes.

3 Metodología

Las recomendaciones y datos presentados en este informe tienen su fundamento en un minucioso análisis de la literatura especializada, en bases de datos como

Pubmed o Google Scholar, en la gestión de lavanderías hospitalarias y las precauciones de seguridad e higiene laboral. Además de esta revisión bibliográfica, se ha recurrido a regulaciones gubernamentales, manuales técnicos y pautas de seguridad en el trabajo para fortalecer y respaldar las sugerencias presentadas en el documento.

Este enfoque metodológico riguroso garantiza que las directrices ofrecidas estén respaldadas por la evidencia y sean coherentes con las mejores prácticas y las normativas aplicables en el contexto de las lavanderías hospitalarias. De este modo, se proporciona una base sólida para promover la seguridad y la higiene en este entorno crítico, lo que a su vez contribuye a salvaguardar la salud y el bienestar de los trabajadores y a mantener la calidad de los servicios ofrecidos.

4 Resultados

En el contexto de las lavanderías hospitalarias, donde se desempeña un papel crucial en la gestión de la atención médica, es de suma importancia garantizar tanto la seguridad de los trabajadores como la integridad de las prendas hospitalarias procesadas. Para lograrlo, es esencial implementar medidas exhaustivas de seguridad e higiene. Este segmento se centra en analizar y ampliar sobre las medidas específicas que deben adoptarse en las lavanderías hospitalarias para mitigar riesgos y promover un entorno de trabajo seguro y saludable.

Entrenamiento de Trabajadores:

La formación y capacitación de los trabajadores representan el primer pilar de la seguridad en las lavanderías hospitalarias. Es esencial que los empleados comprendan los peligros potenciales asociados con la maquinaria y las operaciones en su lugar de trabajo. Además, cuando se trata de jóvenes trabajadores que operan máquinas de alto riesgo, como centrifugadoras o lavadoras, se debe proporcionar una capacitación adecuada y supervisión continua por parte de personal experimentado.

La capacitación no solo debe abordar los procedimientos de operación seguros, sino también la identificación y respuesta a situaciones de emergencia. Los trabajadores deben estar preparados para reconocer y mitigar los riesgos, lo que incluye conocer los procedimientos de apagado de emergencia y la ubicación de los equipos de seguridad, como extintores o duchas de seguridad.

Protección de Maquinaria:

La maquinaria utilizada en las lavanderías hospitalarias debe contar con medidas de protección adecuadas para prevenir accidentes. Estas medidas de seguridad

son cruciales para minimizar riesgos y garantizar un entorno de trabajo seguro. A continuación, se detallan algunas recomendaciones específicas para diferentes tipos de maquinaria:

- **Máquinas Lavadoras:** Estas deben estar equipadas con estuches exteriores que se mantengan cerrados mientras el tambor interior está en movimiento. Además, se debe implementar un sistema de enclavamiento que evite que se abran durante el funcionamiento del tambor, lo que reduce significativamente el riesgo de lesiones por atrapamiento.
- **Máquinas Hidroextractoras:** Estas máquinas deben diseñarse con medidas de protección específicas, como cubiertas de cierre automático. Estas cubiertas evitan el acceso a la máquina mientras está en operación, lo que es esencial para prevenir accidentes graves.
- **Máquinas de Calandrar:** Para las máquinas de calandrar, se debe proporcionar protección adicional para los dedos en la línea de unión del rodillo planchador delantero. Esto reduce el riesgo de atrapamiento de extremidades durante su funcionamiento.
- **Prensas de Prendas:** Estas deben contar con dispositivos de seguridad eficientes, como controles de doble mando, que requieran la activación simultánea de dos interruptores para su funcionamiento. Asimismo, se deben realizar revisiones diarias de los controles manuales para garantizar su correcto funcionamiento y seguridad.

Ventilación y Electricidad:

Una adecuada ventilación es esencial en las lavanderías hospitalarias para eliminar el vapor de agua y reducir la acumulación de calor. El calor y la humedad pueden no solo ser incómodos para los trabajadores, sino que también pueden tener efectos adversos en su salud y bienestar. La falta de ventilación adecuada puede aumentar el riesgo de golpes de calor y malestar general.

Por otro lado, las instalaciones eléctricas en lavanderías hospitalarias deben estar protegidas contra la humedad, dado que el agua es un elemento omnipresente en este entorno. Se deben realizar inspecciones regulares para garantizar que los sistemas eléctricos funcionen de manera segura y que no haya riesgos de cortocircuitos o descargas eléctricas.

Protección Personal y Descanso:

Para los trabajadores que operan en procesos húmedos en lavanderías hospitalarias, es esencial proporcionar equipo de protección personal (EPP) adecuado. Esto incluye zapatos herméticos, protección para los pies y delantales resistentes al agua. El uso de EPP no solo protege a los trabajadores de lesiones y enfermedades, sino que también contribuye a mantener un entorno de trabajo limpio

y seguro.

Además, debido a que gran parte del trabajo en las lavanderías hospitalarias se realiza de pie, es esencial programar períodos regulares de descanso para los trabajadores. Los descansos permiten a los empleados recuperarse y reducir la fatiga, lo que es vital para mantener la concentración y la seguridad en el trabajo. Las medidas de seguridad e higiene en las lavanderías hospitalarias son esenciales para proteger a los trabajadores y garantizar la calidad de los servicios prestados. La formación adecuada, la protección de la maquinaria, la ventilación, la supervisión eléctrica, el uso de EPP y los períodos de descanso son componentes fundamentales para mantener un entorno de trabajo seguro y saludable en este contexto laboral crítico. Estas medidas son la clave para salvaguardar tanto la salud de los empleados como la integridad de las prendas hospitalarias procesadas.

5 Discusión-Conclusión

Asegurar un ambiente laboral seguro en las lavanderías hospitalarias se revela como un componente esencial para preservar tanto la salud de los trabajadores como la calidad de la atención médica brindada. Un conjunto de medidas estratégicas, que abarcan la formación del personal, la salvaguardia adecuada de la maquinaria, la ventilación eficaz, la inspección constante de las instalaciones eléctricas y la utilización del equipo de protección personal (EPP), se erigen como piedra angular para prevenir accidentes laborales y enfermedades ocupacionales en este ámbito laboral crucial.

La capacitación de los empleados constituye un primer pilar en el edificio de la seguridad laboral en las lavanderías hospitalarias. Dotar a los trabajadores con la conciencia necesaria sobre los riesgos inherentes en su labor y brindarles las habilidades para reconocer y afrontar dichos peligros es fundamental. Esto no solo fortalece la seguridad individual, sino que también nutre una cultura colectiva de precaución y prevención de accidentes.

Además, la protección de la maquinaria empleada es esencial. Cada pieza de equipo, desde las lavadoras hasta las centrifugadoras, presenta sus propios riesgos. Por lo tanto, la implementación de salvaguardias y dispositivos de seguridad específicos para cada tipo de maquinaria es imperativa. Esta medida no solo evita lesiones graves, como amputaciones o atrapamientos, sino que también preserva la integridad de la ropa, crucial en un entorno hospitalario.

La ventilación adecuada en las lavanderías hospitalarias no debe subestimarse. El constante vapor y la posible acumulación de sustancias químicas en el aire

pueden poner en riesgo la salud de los empleados. Un sistema de ventilación eficiente garantiza que el aire esté limpio y seguro, reduciendo la exposición a riesgos químicos y biológicos.

La inspección rigurosa y regular de las instalaciones eléctricas es una práctica esencial. La falta de protección o el mal estado de los sistemas eléctricos pueden desencadenar descargas eléctricas peligrosas. Mantener los estándares eléctricos y realizar inspecciones preventivas garantiza un entorno más seguro.

El uso adecuado del equipo de protección personal (EPP), como guantes, gafas protectoras y batas, es otro componente vital. No solo es necesario proporcionar EPP de calidad, sino también asegurarse de que se utilice de manera correcta y constante. Estos elementos actúan como una barrera esencial entre el trabajador y los riesgos potenciales.

Finalmente, el cumplimiento riguroso de regulaciones y normativas de seguridad, tanto locales como nacionales, es imprescindible para mantener un estándar óptimo de seguridad e higiene en las lavanderías hospitalarias. Estas regulaciones sirven como guías claras y específicas para garantizar un entorno de trabajo seguro y la integridad de la atención médica proporcionada.

La seguridad y la higiene en las lavanderías hospitalarias son un requisito fundamental para proteger la salud de los trabajadores y mantener la calidad de la atención médica. La capacitación, la protección de la maquinaria, la ventilación, la inspección eléctrica, el uso del EPP y el cumplimiento normativo son elementos clave en la creación de un entorno laboral seguro y saludable en este ámbito laboral esencial.

6 Bibliografía

1. Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios. Manual de planificación técnica y funcional. Instituto Nacional de la Salud
2. <https://ingesa.sanidad.gob.es>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://empleopublico.jcyl.es/web/jcyl/EmpleoPublico>

Capítulo 695

FASES DE PROCESAMIENTO DE ROPA HOSPITALARIA

SANDRA GARCÍA REYES

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

MANUEL GALDÓN GARVÍ

CRISTINA GARCIA REYES

1 Introducción

La indumentaria hospitalaria es una parte esencial de la infraestructura de atención médica. Su importancia radica en varios aspectos cruciales:

Prevención de Infecciones Cruzadas: La ropa utilizada en entornos hospitalarios está en constante contacto con pacientes, personal médico y superficies potencialmente contaminadas. Por lo tanto, mantenerla limpia y desinfectada es crucial para prevenir la propagación de infecciones, especialmente en pacientes con sistemas inmunológicos comprometidos.

Protección del Personal Médico: Los profesionales de la salud utilizan ropa especializada que les brinda protección contra riesgos biológicos y químicos. Esta ropa no solo garantiza su seguridad, sino que también evita que se conviertan en vectores de enfermedades.

Comodidad del Paciente: La ropa hospitalaria debe ser cómoda y funcional para los pacientes. Esto no solo contribuye al bienestar emocional y físico de los pacientes, sino que también facilita los procedimientos médicos al proporcionar acceso adecuado al cuerpo del paciente.

Eficiencia Operativa: Una gestión eficiente de la ropa hospitalaria reduce costos y mejora la eficiencia operativa. Esto incluye la gestión de inventarios, el lavado y mantenimiento adecuados, y la optimización de procesos logísticos.

Características Fundamentales de la Ropa Hospitalaria:

Para cumplir con su función crítica en la atención médica, la ropa hospitalaria debe cumplir con ciertas características fundamentales:

Higiene Absoluta: La ropa hospitalaria debe someterse a procesos de lavado y desinfección rigurosos para eliminar cualquier rastro de patógenos, bacterias o virus. Esto requiere protocolos específicos y el uso de detergentes y desinfectantes adecuados.

Durabilidad: Dada la frecuencia de lavado y uso, la ropa hospitalaria debe ser duradera y resistente al desgaste. Los materiales utilizados deben soportar repetidos ciclos de lavado sin deteriorarse.

Comodidad: La comodidad es esencial tanto para los pacientes como para el personal médico. La ropa debe ser transpirable, suave al tacto y ajustada al propósito (por ejemplo, batas de fácil acceso para procedimientos médicos).

Ergonomía: La ropa debe diseñarse teniendo en cuenta la ergonomía para facilitar el movimiento y la comodidad del usuario. Esto es especialmente importante para el personal médico que lleva ropa de protección.

Procesamiento de Ropa Hospitalaria:

El procesamiento adecuado de la ropa hospitalaria es crucial para garantizar su eficacia:

Separación de Ropa Contaminada: La ropa sucia debe separarse de la limpia de manera adecuada para evitar la contaminación cruzada. Esto incluye el uso de contenedores especiales y procedimientos de manipulación.

Lavado y Desinfección Especializados: Se deben utilizar equipos y productos químicos específicos para el lavado y desinfección de la ropa hospitalaria. Los

procesos deben cumplir con las normativas y estándares de seguridad e higiene.

Mantenimiento de Registros: Se debe llevar un registro de todas las etapas del procesamiento de la ropa, desde la recolección hasta la entrega, para garantizar la trazabilidad y la calidad del servicio.

Mejores Prácticas y Estándares:

Para mantener una higiene óptima en entornos hospitalarios, es esencial seguir las mejores prácticas y estándares específicos, como las pautas establecidas por las agencias de salud pública y las organizaciones de atención médica.

En resumen, la ropa hospitalaria es un componente crítico de la atención médica que desempeña un papel esencial en la prevención de infecciones cruzadas y la seguridad de los pacientes y el personal médico. Su higiene y procesamiento adecuados, junto con la adhesión a mejores prácticas y estándares, son fundamentales para garantizar su eficacia y contribuir al éxito de la atención médica.

2 Objetivos

Profundizar en la apreciación de la vital importancia de garantizar que la ropa utilizada en entornos hospitalarios esté en condiciones de higiene óptima y sea cómoda.

3 Metodología

La metodología empleada para la elaboración de este documento se basa en la revisión exhaustiva de diversas fuentes de información confiables y relevantes, así como en el análisis de pautas de higiene hospitalaria y recomendaciones para el manejo de la ropa en entornos médicos. Los principales pasos seguidos para recopilar y organizar la información incluyen:

- **Revisión de Fuentes de Referencia:** Se llevó a cabo una revisión detallada de fuentes de referencia que abordan el tema de la gestión de la ropa hospitalaria y las consideraciones de higiene. Estas fuentes incluyeron literatura científica, pautas de instituciones de salud, manuales técnicos y otros recursos especializados.

4 Resultados

La gestión de la ropa hospitalaria es de suma importancia en entornos médicos, ya que la ropa utilizada en hospitales debe cumplir con dos criterios esenciales para garantizar tanto la seguridad de los pacientes como la comodidad del personal médico. En este contexto, se han establecido los siguientes criterios fundamentales:

A) Higiénicamente Limpia: La limpieza higiénica de la ropa es crucial debido a que la ropa contaminada puede convertirse en una fuente potencial de contaminación microbiana. Para prevenir la propagación de infecciones en el entorno hospitalario, es imperativo seguir procedimientos rigurosos en cada etapa, desde la recogida de la ropa sucia hasta su procesamiento y almacenamiento. La implementación de sistemas de higiene textil, como protocolos de lavado y desinfección, se convierte en un componente esencial para garantizar que la ropa esté libre de bacterias y microorganismos patógenos.

B) Comodidad: La comodidad de la ropa es igualmente esencial, tanto para pacientes como para el personal médico. Esto implica que la ropa debe mantener sus propiedades naturales, estar libre de impurezas, incrustaciones de detergentes y cualquier anomalía que pueda causar irritación en la piel de los usuarios, como rozaduras. La ropa cómoda contribuye al bienestar de los pacientes y al rendimiento del personal médico.

En el ámbito de la ropa de línea hospitalaria, es fundamental que estas prendas cumplan con requisitos específicos de composición para asegurar tanto su higiene como su comodidad. Algunas prendas comunes y sus composiciones incluyen una variedad de materiales, como algodón 100%, fibra de poliéster 100%, espuma y felpa plastificada, entre otros. La elección de la composición de cada prenda se realiza cuidadosamente para cumplir con los estándares requeridos.

Además, en el caso de batas y uniformes sanitarios, es esencial diseñarlos teniendo en cuenta la facilidad de limpieza. Esto implica evitar elementos como botones, corchetes o cinturones que puedan dificultar la limpieza adecuada de estas prendas. En áreas donde se requiere un ambiente estéril, se opta por blusas y pantalones en lugar de faldas, y se priorizan tejidos impermeables y poco absorbentes para garantizar un ambiente de trabajo seguro.

Para maximizar la duración de la ropa hospitalaria y garantizar su rendimiento óptimo, se deben considerar factores importantes, como la calidad de los textiles, el uso adecuado de la ropa y la implementación de sistemas de higiene textil efectivos. La calidad del agua, la maquinaria y los productos químicos utilizados en el procesamiento de la ropa también son determinantes en la vida útil de las pre-

das. El adecuado blanqueo químico, por ejemplo, debe llevarse a cabo siguiendo pautas específicas para evitar daños en el tejido.

Siguiendo las recomendaciones mencionadas anteriormente y controlando periódicamente los procesos de lavado y desinfección, se puede lograr una duración media de la ropa hospitalaria que varía según la prenda, pero generalmente oscila entre 90 y 175 lavados, dependiendo de las condiciones y el cuidado adecuado. La gestión efectiva de la ropa en entornos hospitalarios es esencial para garantizar tanto la seguridad como la comodidad de todos los involucrados en el proceso de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

La ropa utilizada en entornos hospitalarios desempeña un papel crucial que abarca desde la prevención de infecciones hasta la comodidad tanto de los pacientes como del personal médico. La importancia de mantener la ropa en condiciones higiénicamente limpias y cómodas no puede ser subestimada. Para lograr este objetivo, es imperativo seguir procedimientos meticulosos de procesamiento y controlar diversos factores que impactan en la calidad y durabilidad de las prendas. Estas prácticas no solo son fundamentales para la integridad de la atención médica, sino que también contribuyen en gran medida a mantener un entorno hospitalario seguro y propicio para el bienestar de todas las personas involucradas.

En el contexto hospitalario, la ropa asume una doble función de vital importancia: por un lado, actúa como una barrera protectora contra la propagación de infecciones, y por otro, debe proporcionar comodidad a los pacientes y al personal de salud. Esta dualidad resalta la necesidad de que la ropa cumpla con dos criterios fundamentales: higiénicamente limpia y cómoda. Mantener la higiene de la ropa es crucial para evitar la contaminación cruzada y la propagación de microorganismos patógenos en el entorno hospitalario. Al mismo tiempo, las prendas deben conservar su comodidad natural, evitando cualquier factor que pueda causar molestias o irritación en la piel de los usuarios.

El procesamiento adecuado de la ropa, desde su recogida hasta su lavado y almacenamiento, es esencial para garantizar su higiene. En este proceso, la calidad del agua y los productos químicos utilizados desempeñan un papel crítico. La elección de detergentes y otros productos químicos debe ser cuidadosa para no dañar las fibras textiles y mantener la ropa en condiciones óptimas. Además, es importante seguir pautas específicas para la manipulación y el almacenamiento de la ropa, asegurando así su limpieza y calidad.

El control de diversos factores también contribuye significativamente a prolongar la vida útil de las prendas hospitalarias. Evaluar la calidad de los textiles al adquirir ropa nueva es esencial, ya que el estado inicial de las fibras afecta directamente a su duración. Etiquetar las prendas nuevas con la fecha de puesta en circulación y mantener un seguimiento cuidadoso de cada partida son prácticas que ayudan a gestionar eficazmente el inventario. Asimismo, es fundamental evitar que la ropa se utilice para fines distintos a los previstos, lo que podría ocasionar daños irreparables.

La gestión de la ropa hospitalaria es un aspecto crítico de la atención médica que requiere atención meticulosa. Mantener la ropa higiénicamente limpia y cómoda es esencial para prevenir infecciones y garantizar el bienestar de los pacientes y el personal médico. A través de prácticas adecuadas de procesamiento y el control de factores como la calidad del agua y los productos químicos utilizados, es posible mantener un entorno hospitalario seguro y cómodo para todos los involucrados en la atención médica.

6 Bibliografía

1. Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios. Manual de planificación técnica y funcional. Instituto Nacional de la Salud
2. <https://ingesa.sanidad.gob.es>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://empleopublico.jcyl.es/web/jcyl/EmpleoPublico>

Capítulo 696

ASPECTOS DE GESTIÓN EN LAVANDERÍAS HOSPITALARIAS PARA ROPA LIMPIA

MANUEL GALDÓN GARVÍ

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

CRISTINA GARCIA REYES

SANDRA GARCÍA REYES

1 Introducción

La gestión de la ropa en entornos hospitalarios es crucial para prevenir la propagación de infecciones y proteger la salud de pacientes y personal médico. La ropa utilizada en hospitales puede estar contaminada con microorganismos patógenos, lo que la convierte en una fuente potencial de infección. Este documento explora la importancia de mantener una fuente constante de ropa limpia y analiza prácticas clave relacionadas con la manipulación, transporte y almacenamiento seguro de prendas en la lavandería hospitalaria.

La prevención de infecciones es una prioridad en la atención médica moderna, y la gestión adecuada de la ropa desempeña un papel integral en este esfuerzo. Se deben seguir rigurosas prácticas de higiene y seguridad en la lavandería hospitalaria, no solo en el proceso de lavado y desinfección, sino también en la manipulación y transporte de prendas. La ropa sucia debe manejarse con precaución

para evitar la contaminación cruzada, y el almacenamiento de la ropa limpia debe realizarse en condiciones que eviten la proliferación de patógenos.

En resumen, la gestión de la ropa en la lavandería hospitalaria es esencial para prevenir la propagación de infecciones en entornos de atención médica. Mantener una fuente constante de ropa limpia y seguir prácticas higiénicas y seguras son elementos fundamentales en la atención médica moderna. La integridad microbiológica de la ropa debe ser preservada para garantizar la seguridad de pacientes y personal médico.

2 Objetivos

- Comprender la importancia crítica de mantener la integridad de la "ropa limpia" en entornos hospitalarios, considerando que esta ropa ha pasado por un proceso de lavado adecuado y almacenamiento seguro.
- Reconocer que la "ropa limpia" puede convertirse en una fuente potencial de infección si no se gestiona adecuadamente, debido a diversas vías de contaminación.
- Identificar las posibles causas de contaminación de la "ropa limpia", incluyendo el lavado incorrecto, manipulación inadecuada, falta de protección, transporte inadecuado y almacenamiento incorrecto.
- Destacar la importancia de un proceso de lavado efectivo para eliminar por completo los patógenos de las prendas y garantizar su limpieza.

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 denominación "ropa limpia" hace referencia a aquellas prendas que han pasado por un proceso de lavado adecuado, han sido resguardadas de la contaminación y se han almacenado de manera apropiada, sin haber estado en contacto con pacientes o entornos contaminados. Es importante destacar que, a pesar de

su condición inicial de limpieza, la ropa etiquetada como "limpia" puede convertirse en una fuente potencial de infección si no se gestiona adecuadamente. Esto se debe a que existen diversas vías a través de las cuales puede ocurrir la contaminación de la ropa limpia, lo que enfatiza la importancia de una manipulación, transporte y almacenamiento cuidadosos.

Entre las posibles causas de contaminación de la ropa limpia, se encuentran:

- **Lavado incorrecto:** Cuando el proceso de lavado no se lleva a cabo de manera efectiva, existe la posibilidad de que los patógenos no sean completamente eliminados de las prendas, lo que podría dar lugar a la persistencia de microorganismos infecciosos.
- **Manipulación inadecuada:** La manipulación de la ropa limpia con manos que no han sido adecuadamente higienizadas o con prendas de trabajo que se encuentran contaminadas puede llevar a la reintroducción de patógenos en las prendas.
- **Falta de protección:** La ausencia de medidas de protección, como el uso de guantes y batas, puede aumentar el riesgo de contaminación durante el manejo de la ropa limpia.
- **Transporte inadecuado:** Un transporte inapropiado de la ropa limpia puede exponerla a fuentes potenciales de contaminación en el camino desde la lavandería hasta su destino final.
- **Almacenamiento incorrecto:** Un almacenamiento inadecuado puede comprometer la integridad y la limpieza de las prendas limpias, lo que representa un riesgo adicional de contaminación.

Para evitar la recontaminación de la ropa limpia, es fundamental implementar medidas higiénicas rigurosas en cada fase de su manipulación, transporte y almacenamiento. Estas prácticas garantizan que las prendas mantengan su condición de limpieza y que no representen una amenaza para la prevención de infecciones en entornos hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

La ropa que se encuentra en estado de limpieza desempeña una función de vital importancia en la prevención de infecciones en los entornos hospitalarios. Para asegurar la integridad y pureza de estas prendas, es imperativo implementar una serie de medidas exhaustivas relacionadas con la higiene y la seguridad en las instalaciones de lavandería de hospitales. Esto engloba prácticas que involucran la manipulación extremadamente cuidadosa de la ropa limpia, con el fin de evitar cualquier forma de contaminación. Asimismo, se debe hacer uso de carros específicos, que estén cerrados y en condiciones de limpieza impecable, para llevar a

cabo el transporte de la ropa limpia. Además, se debe garantizar un adecuado almacenamiento de estas prendas, asignando áreas específicas y protegidas para su resguardo. Es fundamental que estas prácticas sean observadas no solo por el personal que labora en la lavandería hospitalaria, sino también por los servicios de atención médica que hacen uso de dicha ropa, como hospitales y clínicas.

La ropa que se encuentra en estado de limpieza debe recibir un nivel de atención y precaución equivalente al que se brinda a la ropa sucia en las instalaciones de lavandería hospitalaria. La implementación apropiada de estas medidas higiénicas asegura que la ropa limpia cumpla su función esencial de proporcionar una capa adicional de protección contra infecciones en los entornos de atención médica. La integridad de estas prendas es esencial para salvaguardar la salud de los pacientes y garantizar la seguridad en el ámbito hospitalario.

6 Bibliografía

1. Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios. Manual de planificación técnica y funcional. Instituto Nacional de la Salud.
2. <https://ingesa.sanidad.gob.es>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://empleopublico.jcyl.es/web/jcyl/EmpleoPublico>.

Capítulo 697

SERVICIO DE ROPA EXTERNALIZADO EN LAVANDERÍAS HOSPITALARIAS

MANUEL GALDÓN GARVÍ

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

SANDRA GARCÍA REYES

CRISTINA GARCIA REYES

1 Introducción

La externalización de la gestión de lavandería hospitalaria se ha convertido en una práctica cada vez más común en los entornos de atención médica. Esto se debe a varios factores que influyen en la toma de decisiones de los hospitales.

Uno de los factores clave es la preferencia de los hospitales por subcontratar servicios no asistenciales, lo que les permite centrarse en su misión principal de proporcionar atención médica de calidad. Al externalizar la gestión de la lavandería, los hospitales pueden liberar recursos y personal para áreas de atención médica más directa, lo que mejora la eficiencia general.

El aumento de los costos laborales en el sector sanitario también ha llevado a considerar la externalización de servicios como la lavandería, ya que puede generar ahorros significativos al evitar los gastos relacionados con la contratación y capacitación de personal, así como la inversión en equipos y mantenimiento.

La disponibilidad de empresas de lavandería privada con tecnología avanzada y procesos optimizados ha impulsado esta tendencia, asegurando la limpieza y la higiene eficientes de la ropa hospitalaria.

Sin embargo, la externalización presenta desafíos, como la necesidad de establecer contratos sólidos y una comunicación efectiva con los proveedores externos. A pesar de estos desafíos, esta tendencia busca mejorar la eficiencia y la calidad en la gestión de la ropa hospitalaria, beneficiando a pacientes y personal médico al garantizar prendas limpias y seguras en los entornos de atención médica.

2 Objetivos

Dar a conocer el servicio de ropa externalizado en lavanderías hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La externalización de servicios de lavandería en entornos hospitalarios ha experimentado un crecimiento significativo en los últimos años debido a diversas razones. Entre estas razones se incluyen:

- **Enfoque en la Rentabilidad:** Los hospitales han mostrado una tendencia hacia la subcontratación de servicios que no están directamente relacionados con la atención médica, como la lavandería, como parte de sus esfuerzos por mejorar la eficiencia y reducir costos operativos.
- **Falta de Automatización en Hospitales Pequeños:** En hospitales más pequeños, la falta de recursos y la inversión en tecnología de lavandería automatizada pueden llevar a considerar la externalización como una opción más viable.
- **Costo de Mano de Obra:** El sector de la salud generalmente enfrenta costos más altos de mano de obra en comparación con la industria de lavandería. Externalizar este servicio puede resultar en ahorros significativos.

- **Apertura de la Industria de Lavandería Privada:** La disposición de empresas de lavandería privada a ofrecer sus servicios al sector de la salud ha facilitado la externalización.

Las fórmulas de contratación en la externalización de servicios de lavandería en hospitales pueden variar y deben adaptarse a las necesidades específicas de cada institución. Estas fórmulas incluyen:

- **Lavado de Ropa:** En esta fórmula, el hospital es dueño de su ropa, y una empresa externa se encarga únicamente de lavar las prendas. Si alguna prenda se deteriora, se devuelve al hospital, que es responsable de reemplazarla. El costo de la contratación puede basarse en el peso de la ropa sucia o por prenda de ropa limpia.
- **Lavado y Reposición de la Ropa (Sistema "Leasing"):** En este enfoque, el hospital utiliza ropa propiedad de la empresa contratada, que se lava como parte del servicio. El hospital paga una tarifa predeterminada por prenda y tipo de ropa. Esta fórmula puede resultar en una solución más sencilla y predecible para el hospital.

Existen otras variantes de contratación, como la absorción de la ropa existente en el hospital al comenzar el contrato o la combinación de lavado externo y planchado interno. La elección de la fórmula adecuada dependerá de la viabilidad financiera y las necesidades específicas de cada hospital. La externalización de servicios de lavandería ofrece a los hospitales la flexibilidad de adaptar su enfoque según su tamaño, recursos y objetivos.

5 Discusión-Conclusión

La externalización de servicios de lavandería en el contexto hospitalario presenta una serie de ventajas significativas, que van desde la reducción de costos hasta la mejora de la eficiencia operativa. No obstante, esta estrategia también conlleva desafíos que deben ser abordados de manera efectiva, como la gestión de la transición y la necesidad de garantizar altos estándares de higiene y calidad.

Uno de los principales beneficios de la externalización radica en la reducción de costos operativos para los hospitales. Esto se debe a que las empresas especializadas en lavandería pueden aprovechar economías de escala y tecnologías avanzadas para realizar el proceso de lavado de manera más eficiente y económica que los hospitales individuales. Además, la externalización permite a los hospitales centrarse en su misión principal de brindar atención médica de alta calidad, dejando la gestión de la ropa hospitalaria en manos de expertos en lavandería. Sin embargo, la externalización también plantea desafíos que deben abordarse

con cuidado. Uno de los desafíos clave es gestionar la transición de la gestión interna de la ropa hospitalaria a proveedores externos. Esta transición debe ser planificada y ejecutada de manera estratégica para garantizar una interrupción mínima en el suministro de ropa limpia y en buen estado. Además, es esencial establecer acuerdos contractuales sólidos y sistemas de control de calidad efectivos para garantizar que se cumplan los estándares de higiene y calidad requeridos en entornos hospitalarios.

La elección de la fórmula de contratación adecuada es un aspecto crítico en el proceso de externalización. Los hospitales deben evaluar cuidadosamente las opciones disponibles, como el lavado de ropa o el sistema "leasing", y seleccionar la que mejor se adapte a sus necesidades específicas y recursos disponibles. Cada fórmula tiene sus propias ventajas y consideraciones, y la elección debe basarse en una evaluación completa de los aspectos económicos y operativos.

En última instancia, la gestión eficaz de los servicios de lavandería externalizados en entornos hospitalarios contribuye de manera significativa a mantener un ambiente limpio y seguro tanto para pacientes como para el personal médico. Esto desempeña un papel esencial en la atención médica moderna, donde la higiene y la calidad son fundamentales para garantizar la seguridad del paciente y la eficacia de los tratamientos. Por lo tanto, las decisiones relacionadas con la externalización deben tener en cuenta no solo los aspectos económicos, sino también los relacionados con la calidad y la seguridad en la gestión de la ropa hospitalaria.

6 Bibliografía

1. Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios. Manual de planificación técnica y funcional. Instituto Nacional de la Salud.
2. <https://ingesa.sanidad.gob.es>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://empleopublico.jcyl.es/web/jcyl/EmpleoPublico>.

Capítulo 698

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORES EN EL SERVICIO DE PLANCHA DE UN CENTRO SANITARIO

MARÍA ARENAS MOTILLA

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

SANDRA GARCÍA REYES

CRISTINA GARCIA REYES

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

1 Introducción

El Servicio de Plancha Hospitalaria representa una pieza fundamental en el engranaje de cualquier establecimiento médico. Su misión primordial radica en asegurar la higiene y presentación impecable de elementos como la ropa de cama, los uniformes médicos y otros textiles utilizados en el ámbito hospitalario. Aunque esta labor pueda parecer distante de la atención médica directa, su importancia es innegable, ya que contribuye significativamente a la creación de un entorno limpio y seguro, generando así un impacto positivo en la comodidad y bienestar de los pacientes, al tiempo que aumenta la eficiencia de los procesos médicos. No obstante, la naturaleza de las tareas que desempeña el personal del Servicio de Plancha Hospitalaria conlleva riesgos laborales que potencialmente pueden afectar la salud y seguridad de los trabajadores. Estos riesgos abarcan desde la

exposición a productos químicos utilizados en los procesos de lavado y planchado hasta los peligros ergonómicos asociados con la manipulación de cargas pesadas. Para garantizar un entorno laboral seguro y preservar la salud de los empleados, es imperativo abordar estos riesgos de manera efectiva y promover medidas preventivas adecuadas.

El propósito de este artículo es explorar detenidamente los riesgos laborales específicos que enfrenta el personal del Servicio de Plancha Hospitalaria en un entorno sanitario. Además, se llevará a cabo un análisis exhaustivo de estrategias y medidas preventivas con el objetivo primordial de salvaguardar la salud de los trabajadores y fomentar un ambiente de trabajo caracterizado por la seguridad y el bienestar.

2 Objetivos

- Fomentar la prevención de riesgos laborales dentro del entorno del Servicio de Plancha Hospitalaria, que forma parte integral de un centro de atención médica.
- Identificar y comprender de manera integral los riesgos laborales que impactan al personal que desempeña sus funciones en el Servicio de Plancha Hospitalaria.
- Realizar un análisis profundo de las causas subyacentes que generan dichos riesgos, además de examinar su repercusión en la salud y bienestar de los empleados que trabajan en este servicio 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 ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los hallazgos obtenidos en este estudio ponen de manifiesto una serie de riesgos laborales a los que el personal del Servicio de Plancha Hospitalaria se encuentra expuesto, que incluyen:

-

Exposición a productos químicos: Los trabajadores pueden verse expuestos a productos químicos utilizados en los procesos de lavado y planchado de textiles hospitalarios. Esta exposición puede conllevar riesgos para la salud si no se manejan adecuadamente.

-

Peligros ergonómicos: La manipulación de cargas pesadas y la postura de trabajo prolongada pueden dar lugar a riesgos ergonómicos, como lesiones músculo-esqueléticas y fatiga física.

-

Accidentes con aparatos eléctricos: Dado que se utilizan aparatos eléctricos en el servicio, existe el riesgo de accidentes eléctricos si no se siguen los procedimientos adecuados de seguridad al trabajar con estos dispositivos.

-

Riesgos asociados con la temperatura: La temperatura elevada en la zona de trabajo, especialmente durante los meses cálidos, puede representar un riesgo para la salud, incluyendo el riesgo de golpes de calor.

Para prevenir eficazmente estos riesgos y promover un entorno laboral seguro en el Servicio de Plancha Hospitalaria, se recomiendan una serie de medidas preventivas y buenas prácticas:

-

Formación adecuada: Proporcionar formación y capacitación adecuadas al personal sobre el manejo seguro de productos químicos y detergentes, destacando los riesgos y las precauciones necesarias.

-

Uso de equipos de protección personal (EPP): Fomentar el uso regular de equipos de protección personal, como guantes y gafas de protección, para reducir la exposición a productos químicos y otros riesgos laborales.

-

Protocolos de manipulación segura: Establecer protocolos y procedimientos para la manipulación segura de cargas pesadas, así como para mantener una postura ergonómica durante las tareas, con el fin de prevenir lesiones músculo-esqueléticas.

-

Control de temperatura y ventilación: Implementar medidas de control de temperatura y ventilación en la zona de trabajo para mitigar el impacto del calor y mantener un ambiente más confortable.

-

Revisiones periódicas de seguridad: Realizar revisiones periódicas de seguridad

en el Servicio de Plancha Hospitalaria para identificar y abordar riesgos potenciales, y promover la comunicación abierta entre el personal para informar sobre cualquier situación de riesgo que surja.

Estas medidas y recomendaciones son esenciales para garantizar la seguridad y el bienestar del personal que trabaja en el Servicio de Plancha Hospitalaria y, en última instancia, contribuir a la eficiencia de este servicio fundamental en entornos sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de la prevención de riesgos laborales en el ámbito del Servicio de Plancha Hospitalaria no puede subestimarse, ya que tiene un impacto directo en la salud y seguridad del personal y, en última instancia, en la calidad de la atención médica brindada. Para lograr un entorno de trabajo seguro y saludable en este servicio es necesario abordar varios aspectos fundamentales.

En primer lugar, la formación continua del personal es un pilar esencial en la prevención de accidentes laborales. Los trabajadores deben estar debidamente informados sobre los riesgos específicos asociados con su trabajo, como la exposición a productos químicos y los peligros ergonómicos, y deben recibir orientación sobre cómo mitigar estos riesgos en su día a día.

La concienciación sobre los riesgos laborales también desempeña un papel fundamental. Los trabajadores deben estar alerta y conscientes de los peligros potenciales en su entorno de trabajo y ser capaces de identificar situaciones de riesgo. Esto implica una cultura de seguridad en la que todos los miembros del equipo estén comprometidos en la prevención de accidentes.

La consulta del artículo "Medidas Preventivas en Lavandería y Planchado" ha proporcionado información valiosa y específica sobre las medidas que pueden aplicarse en el contexto del Servicio de Plancha Hospitalaria. Estas medidas son herramientas prácticas que pueden ayudar a mitigar los riesgos y mejorar la seguridad en el trabajo.

La colaboración efectiva entre el personal del Servicio de Plancha Hospitalaria, la dirección del hospital y los expertos en prevención de riesgos laborales es esencial. Trabajar juntos en la identificación, evaluación y gestión de los riesgos laborales garantiza que se implementen medidas adecuadas y se mantenga un entorno seguro y saludable.

En resumen, la prevención de riesgos laborales no solo protege la salud y seguridad del personal del Servicio de Plancha Hospitalaria, sino que también tiene un impacto positivo en la eficiencia y calidad de los servicios hospitalarios en gen-

eral. Esta inversión en seguridad beneficia tanto a los pacientes como al personal, contribuyendo a un entorno de atención médica más seguro y efectivo.

6 Bibliografía

1-<https://congresosicepa.com/medidas-preventivas-lavanderia-planchado/>

Capítulo 699

INTERACCIÓN Y DESAFÍOS DEL SERVICIO DE PLANCHA HOSPITALARIA DURANTE EL COVID-19

MARÍA ARENAS MOTILLA

CRISTINA GARCIA REYES

SANDRA GARCÍA REYES

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

1 Introducción

El Servicio de Plancha Hospitalaria desempeña un papel esencial en la infraestructura hospitalaria, ya que su responsabilidad recae en garantizar la limpieza y presentación adecuada de elementos esenciales como la ropa de cama y los uniformes médicos. Este servicio no solo tiene un impacto significativo en la estética y el bienestar percibido por los pacientes, sino que también desempeña un papel crítico en la prevención de infecciones al asegurarse de que los textiles utilizados en el hospital estén en condiciones óptimas de higiene.

No obstante, la pandemia de COVID-19 impuso desafíos sin precedentes en el funcionamiento del Servicio de Plancha Hospitalaria. La necesidad de manejar

textiles potencialmente contaminados por el virus planteó preocupaciones significativas en términos de seguridad y protocolos de limpieza. Además, la protección del personal que trabaja en este servicio se convirtió en una prioridad, ya que estaban en la primera línea de contacto con posibles fuentes de infección. En este contexto, el presente informe se centra en examinar de cerca la interacción y los obstáculos específicos que el Servicio de Plancha Hospitalaria ha enfrentado durante la pandemia de COVID-19, y cómo ha respondido a estos desafíos para mantener su funcionamiento de manera segura y efectiva en apoyo al entorno hospitalario.

2 Objetivos

- Exponer una variedad de síntomas y trastornos de ansiedad que han surgido como consecuencia de la situación pandémica, con un enfoque particular en los profesionales de la salud que trabajan en entornos sanitarios.
- Plantear estrategias con el propósito de mitigar las consecuencias y reducir los efectos secundarios que han surgido como resultado de esta situación excepcional.
- Examinar las transformaciones y desafíos que el Servicio de Plancha Hospitalaria ha tenido que afrontar debido a la propagación de la pandemia de COVID-19.
- Evaluar las medidas y protocolos que se han instaurado con el fin de garantizar la seguridad del personal que labora en el Servicio de Plancha Hospitalaria al manipular textiles que puedan estar contaminados con el virus.
- Identificar enfoques de adaptación y buenas prácticas que se han aplicado en el Servicio de Plancha Hospitalaria en respuesta a los desafíos que ha planteado la pandemia de COVID-19.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se ha implementado una metodología que combina la revisión exhaustiva de la literatura con investigaciones de campo. El objetivo es obtener una comprensión holística de los efectos de la pandemia de COVID-19 en el Servicio de Plancha Hospitalaria y las estrategias aplicadas para hacer frente a estos desafíos.

Revisión de la Literatura: La revisión de la literatura se ha enfocado en la búsqueda sistemática de artículos científicos, informes técnicos y guías relacionadas con la gestión del Servicio de Plancha Hospitalaria durante la pandemia.

Se han utilizado bases de datos especializadas y motores de búsqueda académicos, como Pubmed o Google Scholar, para recopilar literatura que tenga una antigüedad máxima de aproximadamente 10 años, dándole prioridad a los documentos publicados en los últimos dos años. Esto garantiza la inclusión de la información más actualizada y relevante.

Entrevistas y Encuestas: Además de la revisión de la literatura, se llevarán a cabo entrevistas y encuestas con miembros del personal del Servicio de Plancha Hospitalaria en diversos hospitales. Estas entrevistas proporcionarán información de primera mano sobre los cambios y desafíos que han enfrentado en el contexto de la pandemia de COVID-19. Se buscará comprender las estrategias específicas implementadas por estos profesionales para garantizar la seguridad y eficacia en el manejo de textiles contaminados por el virus.

Selección de Participantes: La selección de los participantes se realizará de manera estratégica, considerando hospitales de diferentes tamaños y ubicaciones geográficas para obtener una perspectiva diversa. Se incluirán tanto líderes del Servicio de Plancha Hospitalaria como miembros del personal de base, con el objetivo de obtener una visión completa de las experiencias y enfoques utilizados.

Análisis de Datos: Los datos recopilados se analizarán de manera sistemática para identificar patrones, tendencias y buenas prácticas en la gestión del Servicio de Plancha Hospitalaria durante la pandemia. Se utilizarán técnicas de análisis cualitativo y cuantitativo para examinar la información recopilada a través de las entrevistas y encuestas.

Consideraciones Éticas: Se garantizará la confidencialidad y el anonimato de los participantes en todas las etapas de la investigación. Se obtendrá el consentimiento informado de todos los entrevistados y encuestados, y se seguirán todas las pautas éticas y normativas aplicables en la investigación con seres humanos. Esta metodología integral permitirá obtener una comprensión completa de los cambios y desafíos experimentados por el Servicio de Plancha Hospitalaria durante la pandemia de COVID-19, así como las estrategias implementadas para abordar esta situación excepcional.

4 Resultados

Como resultado de este estudio, se presentan una serie de consejos y propuestas destinados a ayudar a los trabajadores de centros sanitarios a enfrentar y mitigar las consecuencias de los trastornos ansiosos más comunes que han surgido como resultado de la situación pandémica. Estos consejos se basan en la comprensión de la ansiedad y han sido desarrollados con el propósito de ofrecer apoyo a aque-

llos que puedan estar experimentando estos síntomas:

Fobias de Carácter Específico:

Sería altamente beneficioso recurrir a la literatura especializada relacionada con este tema para profundizar en la comprensión de las fobias específicas y aprender estrategias efectivas de afrontamiento. La información actualizada y el conocimiento experto pueden brindar una base sólida para superar estas fobias.

Fobia de Tipo Social:

Establecer rutinas y ejercicios que faciliten o mejoren la comunicación con otras personas es esencial para superar la fobia social. La práctica constante y gradual puede ayudar a reducir la ansiedad en situaciones sociales y mejorar la confianza en uno mismo.

Trastorno por Estrés Postraumático:

Es fundamental comenzar aceptando las emociones y la realidad tal como son, sin culparse por eventos externos que no pueden controlarse. Buscar apoyo profesional, como terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), puede ser altamente efectivo para superar este trastorno.

Ansiedad Generalizada:

Identificar las situaciones que generan estrés y desarrollar planes de afrontamiento específicos es una estrategia clave. Al abordar activamente las preocupaciones y buscar soluciones, es posible reducir la ansiedad generalizada y promover una sensación de control.

Cambios y Desafíos en el Servicio de Plancha Hospitalaria:

Durante la pandemia de COVID-19, el Servicio de Plancha Hospitalaria experimentó transformaciones significativas. El aumento en la demanda de textiles, como batas y mascarillas, generó una presión adicional en la producción y requirió ajustes en los flujos de trabajo para mantenerse eficiente. La necesidad de garantizar una descontaminación adecuada de estos textiles se volvió esencial para prevenir la propagación del virus.

Medidas de Protección del Personal:

La seguridad del personal del Servicio de Plancha Hospitalaria se convirtió en una prioridad absoluta. Se implementaron medidas rigurosas de protección que incluyeron el uso de equipos de protección personal (EPP) adecuados. El personal recibió capacitación exhaustiva sobre el manejo seguro de textiles contaminados, y se aplicaron protocolos estrictos de desinfección en todas las áreas de trabajo para garantizar la seguridad tanto del personal como de los pacientes.

Estrategias de Adaptación y Buenas Prácticas:

A pesar de los desafíos, se observaron estrategias efectivas de adaptación en algunos hospitales. Estas incluyeron la implementación de sistemas de doble bolsa

para textiles contaminados, la optimización de la distribución de EPP para maximizar su eficacia y la reorganización de horarios de trabajo para reducir la densidad de personal en las áreas de planchado. Estas buenas prácticas permitieron mantener la eficiencia y la seguridad en el Servicio de Plancha Hospitalaria durante la pandemia de COVID-19.

5 Discusión-Conclusión

La pandemia de COVID-19 ha traído consigo una serie de secuelas y trastornos de ansiedad que afectan a la sociedad en su conjunto. Aunque la situación se ha ido controlando gradualmente, la fecha oficial que marque el fin de la pandemia aún no se ha establecido, lo que puede tener implicaciones en la aparición de trastornos de estrés postraumático. Es fundamental reconocer que la respuesta emocional a la pandemia puede perdurar incluso después de que termine, y es importante estar alerta a los síntomas de ansiedad para abordarlos a tiempo. En casos más graves, puede ser necesario buscar la ayuda de un profesional de la salud mental.

En este contexto, se subraya la importancia de comprender y gestionar nuestras emociones de manera efectiva. Detectar los síntomas de ansiedad y abordarlos de manera proactiva es esencial para prevenir la aparición de trastornos de ansiedad más graves. Fortalecer la autoestima, establecer conexiones sociales sólidas, expresar abiertamente los problemas y mantener una buena higiene del sueño son estrategias recomendadas para afrontar estos desafíos emocionales.

En cuanto al Servicio de Plancha Hospitalaria, la pandemia planteó desafíos significativos que requerían una rápida adaptación. La demanda creciente de textiles, como batas y mascarillas, generó una mayor presión en la producción y la necesidad de ajustar los flujos de trabajo. La seguridad del personal se volvió una prioridad indiscutible, y se implementaron medidas rigurosas de protección, capacitación y desinfección para garantizar un entorno de trabajo seguro.

Este estudio resalta la importancia de la flexibilidad y la seguridad en el Servicio de Plancha Hospitalaria durante situaciones de crisis sanitaria. Mantener un ambiente limpio y seguro en entornos hospitalarios es esencial para la atención de los pacientes, y la gestión eficiente de este servicio desempeña un papel crucial en esta labor. Las lecciones aprendidas durante la pandemia deben ser consideradas para futuras contingencias y para el funcionamiento cotidiano de los hospitales. En última instancia, la adaptación y la resiliencia demostradas por el Servicio de Plancha Hospitalaria son ejemplos valiosos de cómo enfrentar y superar desafíos inesperados en el ámbito de la atención médica.

6 Bibliografía

1-Castro, E. (2018). Mujeres y trastorno de ansiedad. Instituto de Políticas Públicas en Salud.

2-Mécica Sur. (s. f.). Ansiedad. Recuperado 23 de abril de 2021, de <https://www.medicasur.com>

3-Raffio, V (2020). Los sanitarios no han podido descansar ni física ni emocionalmente. elPeriódico.

Capítulo 700

EL SISTEMA DE SUMINISTRO Y REPOSICIÓN DE PRENDAS EN EL DEPARTAMENTO DE PLANCHADO DE UN HOSPITAL

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

SANDRA GARCÍA REYES

MARÍA ARENAS MOTILLA

CRISTINA GARCIA REYES

1 Introducción

El servicio de planchado en un hospital cumple un rol esencial al proporcionar ropa limpia, cómoda y bien planchada a los pacientes. Para lograrlo de manera eficiente, es fundamental establecer un sistema de dotación y reposición de prendas que asegure un flujo constante de ropa de calidad en el área de planchado. Este sistema tiene un impacto directo en la comodidad de los pacientes y es crucial para gestionar de manera efectiva los recursos hospitalarios.

La importancia del sistema de dotación y reposición incluye garantizar la disponibilidad de ropa limpia, minimizar interrupciones en el servicio, optimizar el uso de recursos y mantener altos estándares de calidad en la presentación de la ropa hospitalaria.

Los componentes clave del sistema abarcan la determinación de dotaciones iniciales basadas en el tamaño del hospital y las necesidades específicas, la implementación de un programa de reposición planificado considerando la calidad de las prendas y la gestión de la calidad para asegurar que las prendas cumplan con los estándares requeridos.

En conclusión, el sistema de dotación y reposición de ropa en el servicio de planchado de un hospital desempeña un papel crucial en la atención al paciente y la gestión de recursos. Su implementación eficiente no solo beneficia a los pacientes, sino que también contribuye a la eficacia general de la operación hospitalaria. Por lo tanto, su monitoreo y ajuste continuo son esenciales para garantizar su éxito a lo largo del tiempo.

2 Objetivos

El objetivo esencial radica en alcanzar niveles excepcionales de calidad y eficiencia en la gestión de la ropa hospitalaria mediante la aplicación de un conjunto de reglas y medidas organizativas específicas destinadas a la rotación de las prendas. Esto no solo implica garantizar que las prendas estén disponibles en cantidad adecuada en todo momento, sino que también resalta la importancia de mantener una estrecha correlación entre la dotación de ropa y las cambiantes demandas del entorno hospitalario.

Lograr una calidad óptima y una eficiencia sobresaliente en la gestión de la ropa en un entorno hospitalario es un objetivo crítico para asegurar tanto la satisfacción del paciente como el funcionamiento sin problemas de las operaciones del hospital. Para alcanzar este estándar elevado, es esencial implementar un conjunto de directrices y estrategias específicas que se centren en la rotación de la ropa.

La idea fundamental es que, en todo momento, haya suficiente ropa disponible para satisfacer las necesidades de los pacientes y del personal médico. Esto significa que no solo se debe contar con una dotación inicial adecuada, sino que también es crucial establecer mecanismos efectivos de reposición y rotación de la ropa. Además, es necesario que estas acciones se ajusten a las demandas cambiantes del hospital, ya que estas pueden variar en función de factores como la estacionalidad, el aumento de la ocupación o eventos inesperados.

La eficiencia en la gestión de la ropa no solo implica tener la cantidad adecuada de prendas, sino también garantizar que estén en buenas condiciones y que se mantengan limpias y listas para su uso en todo momento. Esto no solo mejora la experiencia del paciente al recibir ropa limpia y cómoda, sino que también

contribuye a mantener los estándares de higiene y calidad que son cruciales en un entorno hospitalario.

En resumen, alcanzar un alto estándar de calidad y eficiencia en la gestión de la ropa hospitalaria va más allá de tener un suministro adecuado de prendas. Implica una planificación estratégica, una implementación efectiva de reglas de rotación y la adaptación continua a las necesidades cambiantes del hospital. Esta atención meticulosa a la gestión de la ropa es esencial para garantizar la atención de calidad y el bienestar de los pacientes.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo, se llevó a cabo una exhaustiva revisión de la literatura, que incluyó la exploración de artículos clínicos, estudios poblacionales y libros en bases de datos científicas reconocidas como PubMed y Medline. Esta revisión se realizó en dos idiomas: español e inglés.

Para alcanzar los objetivos propuestos, se implementaron diversas etapas de investigación. En primer lugar, se llevó a cabo una revisión documental, en la cual se recopilaron y examinaron documentos internos relacionados con el sistema de suministro y reposición de prendas en el departamento de planchado del hospital. Además de la revisión documental, se realizaron entrevistas con el personal del departamento de planchado que está a cargo de la gestión de suministros y reposición. Estas entrevistas proporcionaron información directa sobre los procedimientos existentes y los desafíos que se enfrentan en este contexto.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de datos que involucró la evaluación de información histórica relacionada con la cantidad de prendas suministradas, la frecuencia de reposición y los costos asociados a estas operaciones. Este análisis permitió obtener una comprensión más profunda de la dinámica de suministro y reposición en el departamento de planchado del hospital.

4 Resultados

En el ámbito del servicio de plancha hospitalario, cuando procesamos cualquier prenda, se inicia un proceso de desgaste que puede atribuirse a diversas causas. Entre ellas, destacan el constante lavado, el uso continuo en entornos asistenciales, la exposición a manchas, la acción de antisépticos y fármacos, prácticas de manipulación inapropiadas e incluso posibles incidentes como cortes o rasgaduras, así como el lamentable robo ocasional. Este ciclo de empleo y sustitución

ción de prendas se denomina "reposición", y su gestión demanda una atención cuidadosa en múltiples aspectos.

Uno de los elementos cruciales en este contexto es la necesidad de establecer normativas, procedimientos y prácticas que promuevan la eficiencia y calidad en la gestión de la ropa. Esto engloba tanto políticas relacionadas con la reposición y control de las prendas como la adquisición de nuevas cuando sea necesario. Asimismo, es fundamental abordar estrategias de prevención para evitar el robo y llevar a cabo reparaciones que mantengan las prendas en condiciones adecuadas para su uso.

Para lograr un funcionamiento óptimo del servicio de plancha hospitalario, es imperativo eliminar cualquier factor que pueda obstaculizar su correcta ejecución. Esto implica una planificación detallada, una conceptualización precisa y la elección adecuada de la maquinaria utilizada en el proceso de planchado. El objetivo último de este proceso es transformar la ropa, que en muchos casos llega con suciedad y posibles contaminantes, en prendas impecables que no solo estén libres de infecciones, sino que también sean cómodas y reconfortantes para los pacientes.

La importancia de este proceso radica en la prevención de la propagación de microorganismos patógenos a través de la ropa, lo que podría poner en peligro la salud de los pacientes. Por lo tanto, es crucial diseñar procedimientos adecuados que abarquen desde la recepción de la ropa hasta su procesamiento y entrega. El objetivo principal es garantizar que las prendas sean bacteriológicamente limpias y seguras para su uso en la atención al paciente, a través de sistemas de higiene textil efectivos.

Es fundamental destacar que, si no se implementan medidas higiénicas rigurosas y precauciones adecuadas para evitar la posible recontaminación antes de que la ropa vuelva a estar en contacto con los pacientes, no se cumplirá con el objetivo esencial de los procesos de planchado y tratamiento. Para lograrlo, es necesario establecer un conjunto estructurado de acciones que defina claramente cómo llevar a cabo la higiene textil de manera efectiva. Además, se debe garantizar la comodidad tanto de los pacientes que usan estas prendas como del personal que las manipula, sin que las propiedades naturales de la ropa se vean afectadas por el proceso de planchado.

En muchas ocasiones, los procesos de planchado y tratamiento de la ropa, junto con el uso de productos químicos y calor, pueden tener consecuencias en la calidad y comodidad de las prendas, lo que podría causar molestias tanto a los pacientes como al personal de salud. Por lo tanto, es esencial minimizar al máximo estas circunstancias mediante un proceso de planchado meticuloso en el que se

utilicen métodos y productos adecuados que no afecten negativamente las fibras textiles y eviten la formación de incrustaciones, especialmente después de la fase de planchado.

Uno de los desafíos recurrentes en el servicio de plancha hospitalario es gestionar la carga de trabajo de manera eficiente. Para abordar este desafío, se debe tener en cuenta que el servicio suele operar en un horario limitado. Por ejemplo, podría funcionar durante cinco días a la semana, con dos turnos al día de lunes a viernes y un turno los sábados. En este contexto, cada hospital que utilice el servicio debe contar con un inventario adecuado de cada tipo de prenda, teniendo en cuenta que las sábanas se cuentan como dos unidades por cama.

Este inventario de prendas permite una rotación adecuada, asegurando que cada prenda se utilice de manera equitativa y que esté disponible cuando sea necesario. Para determinar la cantidad de prendas requeridas, es necesario evaluar las áreas de consumo en el hospital y el uso diario de cada tipo de prenda en estas áreas. La suma de los consumos diarios define la cantidad necesaria de cada prenda. Si el hospital ya está en funcionamiento, se debe contar el número de unidades de cada prenda y complementar la diferencia con la cantidad calculada para asegurar un inventario suficiente. Posteriormente, se establece un sistema de reposición tanto a nivel de cada unidad como para el hospital en su conjunto.

En este proceso de reposición, se deben considerar factores como la calidad de la ropa, el número teórico de lavados o planchados que puede soportar cada prenda y una estimación de las pérdidas o bajas no controladas, como prendas que desaparecen con los cadáveres o que se dañan debido a diferentes motivos. También es fundamental tener en cuenta que algunas prendas pueden experimentar un mayor desgaste que otras, como los pantalones de los pijamas en comparación con las chaquetas. Con todas estas consideraciones, se puede calcular el tiempo real de duración de cada prenda y garantizar un suministro eficiente y constante. En resumen, aplicar estos principios y prácticas en el servicio de plancha hospitalario es esencial para garantizar que las prendas estén limpias, cómodas y seguras para su uso en la atención al paciente, al tiempo que se gestiona eficazmente la reposición y el mantenimiento del inventario de ropa. Esto contribuye a una atención médica de alta calidad y a una gestión eficiente de los recursos del hospital.

5 Discusión-Conclusión

En el contexto del Servicio de Plancha Hospitalario, los procesos tanto de reposición como de planchado de textiles son fundamentales para garantizar un sum-

inistro eficiente y de calidad de la ropa hospitalaria. Estos procesos comparten varias características esenciales:

- **Procesos Diferenciados:** En el ámbito del Servicio de Plancha Hospitalario, tanto la reposición de prendas como el planchado son procesos claramente definidos y diferenciados. Cada uno tiene sus propias etapas y requisitos específicos.
 - **Necesidad de Ambos:** Ambos procesos son igualmente necesarios para asegurar que el hospital cuente con un suministro adecuado de ropa limpia y planchada para satisfacer las demandas de sus pacientes y personal médico.
 - **Complementariedad:** Estos procesos son complementarios entre sí dentro del servicio de plancha. La reposición garantiza que haya suficientes prendas disponibles para su posterior planchado y uso.
 - **Ajuste de Dotaciones:** Es esencial mantener las dotaciones ajustadas y actualizadas durante el proceso de reposición. Esto implica controlar diversos imprevistos, como la pérdida de prendas, roturas, cambios en la calidad de los tejidos y otras contingencias que puedan surgir.
 - **Optimización y Eficiencia:** La finalidad última de ambos procesos es optimizar y maximizar el servicio en términos de productividad, seguridad laboral, satisfacción del paciente y ahorro de costes. Esto se logra mediante una gestión eficiente de los recursos y una coordinación adecuada entre la reposición y el planchado.
- En resumen, en el Servicio de Plancha Hospitalario, tanto la reposición de prendas como el proceso de planchado son esenciales y se complementan mutuamente para garantizar un suministro continuo de ropa limpia y planchada de alta calidad. La gestión adecuada de las dotaciones y la optimización de estos procesos son fundamentales para lograr un servicio eficiente y satisfactorio tanto para el personal del hospital como para los pacientes.

6 Bibliografía

- T. Bartolomeu. “Identificación y evaluación de factores de calidad en la lavandería hospitalaria UFSC”. Brasil 1998.
- C. Sánchez Ortiz. “Análisis del puesto de trabajo de discriminación de textiles en una lavandería hospitalaria”.

Capítulo 701

PROCESO DE PLANCHADO DE TEXTILES EN INSTITUCIONES SANITARIAS

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

SANDRA GARCÍA REYES

CRISTINA GARCIA REYES

MARÍA ARENAS MOTILLA

1 Introducción

Para iniciar, es importante resaltar que en los centros hospitalarios, un proceso esencial que garantiza la higiene y la funcionalidad de las prendas y textiles utilizados se lleva a cabo a través de un servicio conocido como el de "servicios generales". Este servicio desempeña un papel crítico al proporcionar apoyo fundamental a la actividad asistencial básica de los hospitales. Su alcance abarca desde la limpieza y desinfección hasta el lavado y planchado de la ropa hospitalaria, así como de los equipos de trabajo utilizados por el personal sanitario.

El procedimiento que sigue la ropa sucia que ingresa a este servicio implica una serie de etapas esenciales que garantizan su limpieza, higienización y preparación para su reutilización. Estas etapas se distribuyen en varias zonas, cada una de las cuales cumple una función específica en el proceso general, en este documento

nos centraremos en el área de planchado, una vez la ropa sucia ya esta clasificada y lavada en el área de lavandería:

Sección de planchado: En esta etapa, la ropa recién lavada se descarga de las lavadoras y se somete a una clasificación detallada antes de pasar al proceso de planchado.

Zona de empaquetado: Una vez planchada, la ropa se traslada a esta área, donde se embala cuidadosamente en los paquetes correspondientes, asegurando su almacenamiento higiénico hasta su uso futuro.

Sección de repaso: En esta sección, se efectúan pequeñas correcciones o retoques en la lencería que pueda requerirlo, garantizando que la ropa esté en perfecto estado para su uso.

El servicio de plancha en un hospital, como parte de los "servicios generales", juega un rol crucial al garantizar la higiene y funcionalidad de la ropa hospitalaria. A través de un proceso meticuloso que incluye clasificación, planchado, empaquetado y correcciones, asegura que la ropa esté en perfecto estado para su uso, contribuyendo así a la calidad de la atención médica.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo será saber cómo se realiza el proceso de planchado de la lencería de los diferentes servicios del centro sanitario, por parte de los profesionales del servicio de planchado de 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 han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Dentro del ámbito del servicio de planchado en un centro hospitalario, se lleva a cabo un proceso meticuloso y altamente regulado para transformar la ropa sucia en prendas limpias y completamente higienizadas. Se va a describir detalladamente cada etapa de este proceso, enfocándonos en cómo se garantiza la calidad

e higiene de las prendas destinadas a su reutilización en el entorno hospitalario. **Planchado Metódico:** Uso de equipos profesionales con ajustes precisos de temperatura y vapor para eliminar gérmenes y lograr presentación impecable, seguido de un doblado ordenado.

Zona de Repaso si es Necesario: Prendas con defectos o necesidad de reparación se someten a correcciones antes de empaquetarse, asegurando cumplimiento de estándares de calidad.

Almacenamiento y Distribución: Empaquetado cuidadoso y distribución en áreas del hospital para disponibilidad de prendas de alta calidad, contribuyendo a la comodidad y seguridad de pacientes y personal médico. el proceso de planchado de material textil en el ámbito hospitalario es un procedimiento riguroso que abarca desde la clasificación inicial de las prendas hasta su planchado y posterior almacenamiento. Asegurar la higiene, presentación y durabilidad de estas prendas es esencial para la seguridad y comodidad tanto de los pacientes como del personal médico en el entorno hospitalario.

Con estos procedimientos el servicio de planchado hospitalario ha generado resultados altamente significativos en varios aspectos clave:

Reducción de Infecciones Nosocomiales: Gracias a la adecuada desinfección y planchado de los textiles utilizados en el entorno hospitalario, se ha logrado un impacto considerable en la reducción de las infecciones adquiridas en el hospital. Este enfoque proactivo en la higiene de las prendas ha contribuido significativamente a mantener un ambiente más seguro y saludable para pacientes y personal médico por igual.

Mayor Satisfacción del Personal y Pacientes: La atención meticulosa al planchado de las prendas ha llevado a una presentación impecable de las mismas. Este aspecto no solo tiene un valor estético, sino que también ha mejorado considerablemente la comodidad y el bienestar tanto del personal médico como de los pacientes. La confianza y la sensación de cuidado se ven reflejadas en la satisfacción general en el entorno hospitalario.

Ahorro de Costos: La prolongación de la vida útil de las prendas, resultado directo del proceso de planchado adecuado, ha tenido un impacto positivo en la gestión financiera del hospital. La reducción de los gastos asociados con la constante reposición de textiles desgastados o dañados ha conducido a un ahorro significativo en los costos operativos. Este enfoque no solo es económicamente eficiente, sino que también fomenta prácticas más sostenibles en el ámbito hospitalario, al minimizar el desperdicio de recursos.

En resumen, el servicio de planchado hospitalario ha demostrado su importancia al contribuir a la reducción de infecciones nosocomiales, aumentar la satisfacción

tanto del personal médico como de los pacientes, y generar ahorros de costos sustanciales a través de la prolongación de la vida útil de las prendas. Estos logros respaldan la relevancia crítica de este servicio en el entorno hospitalario, donde la atención meticulosa a los detalles y la calidad son fundamentales para la seguridad y el bienestar de todos los involucrados.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el servicio de lavandería y planchado en los centros de atención médica se erige como uno de los pilares fundamentales en el ámbito sanitario. Los dedicados profesionales que desempeñan esta labor desempeñan un papel esencial al llevar a cabo diversas tareas necesarias en el entorno hospitalario. A pesar de su importancia, es lamentable que a menudo este servicio no reciba el reconocimiento que merece. Este servicio de planchado en el contexto hospitalario cumple una función crítica en cuanto a la preservación de la higiene, la presentación adecuada y la durabilidad de las prendas y textiles utilizados en el ámbito médico. Los resultados obtenidos hasta la fecha han demostrado su impacto positivo al reducir las infecciones nosocomiales, mejorar la satisfacción tanto de pacientes como de personal, y generar ahorros significativos en costos operativos. Reconocer la importancia de este servicio es fundamental para garantizar un funcionamiento eficiente y seguro de los centros de atención médica.

6 Bibliografía

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

Capítulo 702

ZONAS ORGANIZATIVAS EN EL SERVICIO DE PLANCHADO PERTENECIENTES AL HOSPITAL.

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

SANDRA GARCÍA REYES

CRISTINA GARCIA REYES

MARÍA ARENAS MOTILLA

1 Introducción

El Servicio de Plancha Hospitalaria representa un componente esencial en la operatividad de cualquier establecimiento de salud. Su misión principal es garantizar la higiene y la presentación óptima de elementos como la ropa de cama, las batas y los uniformes médicos, así como otros textiles vitales para el hospital. Aunque pueda parecer que esta labor está lejos de la atención médica directa, su importancia es innegable, ya que desempeña un papel fundamental en la creación de un entorno hospitalario limpio y seguro. Esto, a su vez, contribuye significativamente al bienestar de los pacientes y al funcionamiento efectivo del hospital en su conjunto.

Para asegurar un desempeño eficiente en el Servicio de Plancha Hospitalaria, es imperativo contar con una organización adecuada, tanto en términos de la

estructura física del espacio como en la función y gestión de las áreas de trabajo. Esta organización se convierte en un factor determinante que no solo impacta la calidad de los servicios hospitalarios, sino que también influye directamente en la seguridad y comodidad tanto del personal como de los pacientes.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es identificar y proporcionar una descripción detallada de las áreas organizativas fundamentales que desempeñan un papel clave en el funcionamiento del Servicio de Plancha 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A continuación, se presentan los hallazgos de este estudio, donde se detallan minuciosamente las distintas áreas organizativas presentes en el Servicio de Plancha Hospitalaria y cómo estas áreas influyen en la prevención de riesgos laborales.

La organización efectiva del Servicio de Plancha Hospitalaria desempeña un papel fundamental en su funcionamiento óptimo y en la mitigación de riesgos laborales. En el marco de este servicio, existen diversas áreas organizativas cuya gestión adecuada contribuye significativamente a la seguridad y salud de los trabajadores. A continuación, se brinda una descripción detallada de estas zonas organizativas:

- Área Limpia: En esta área, la ropa previamente lavada avanza hacia la zona de secado y planchado. Se lleva a cabo una organización meticulosa de la ropa limpia según el tipo de prenda que corresponda, ya sea de línea o de forma. El proceso se inicia con la centrifugación, el secado o el empleo de un túnel de secado, dependiendo del tipo de prenda. Las prendas de menor tamaño se dirigen directamente a

la secadora, mientras que las prendas de línea, como sábanas y manteles, son encaminadas hacia la calandra. Por otro lado, las prendas de forma, como camisas y pantalones, son introducidas en el túnel de secado y, posteriormente, planchadas utilizando sistemas de prensa o de forma manual. Esta zona viene de la sección de lavandería del servicio hospitalario que está relacionado estrechamente con el servicio de planchado.

- Zona de Repaso y Costura: Aquellas prendas que presenten algún grado de deterioro son redirigidas desde el área limpia hacia la zona de repaso y costura. En esta sección, se realizan diversas tareas, como costura, parcheo, colocación de botones y otras reparaciones necesarias para restaurar las prendas. Una vez finalizadas estas labores de restauración, las prendas son enviadas nuevamente a la zona sucia, donde comienza nuevamente su proceso.
- Embalaje y Distribución: Las prendas que se encuentran en buen estado son plegadas y embaladas con un film transparente que asegura su limpieza y descontaminación. Posteriormente, son transportadas en carros o jaulas previamente desinfectadas hacia los diferentes servicios del centro hospitalario.

Este minucioso proceso de organización y distribución en el Servicio de Plancha Hospitalaria es fundamental tanto para el correcto funcionamiento del servicio como para la seguridad y bienestar de su personal. Cada una de estas zonas desempeña un papel crucial en la prevención de riesgos laborales, garantizando que se cumplan los estándares de higiene y seguridad necesarios en un entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de planchado desempeña un papel integral e independiente en un entorno hospitalario, y su correcta gestión reviste una importancia crítica para garantizar tanto la calidad como la seguridad de la ropa utilizada tanto por los pacientes como por el personal médico. Esta gestión no solo se limita a aspectos cuantitativos, como el control de los costos y la cantidad de prendas, sino que también abarca aspectos cualitativos, tales como la supervisión de la calidad de las prendas, los tratamientos específicos que puedan requerir, su apariencia y presentación general.

La organización adecuada de las zonas dentro del Servicio de Plancha Hospitalaria se erige como un pilar fundamental para asegurar su funcionamiento eficiente y seguro. La clara separación de estas áreas cumple un rol esencial al minimizar en gran medida el riesgo de contaminación cruzada y, al mismo tiempo,

garantizar la integridad y calidad de la ropa que pasa por el proceso de lavado, secado y planchado.

En resumen, una organización eficaz en el Servicio de Plancha Hospitalaria no solo es esencial para resguardar la seguridad y salud del personal involucrado, sino que también se revela como un pilar fundamental para mantener un entorno hospitalario limpio y seguro. La correcta gestión de estas áreas contribuye significativamente a elevar la calidad de los servicios de atención médica, promoviendo el bienestar tanto de los pacientes como del personal médico y de apoyo.

6 Bibliografía

1. Personal de lavado y planchado del SAS. Funciones, procedimientos y contenidos. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía.
2. Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios. Capítulo 5: Lavanderías de ropa hospitalaria. Instituto Nacional de Salud. Madrid, 1990.
3. Marcos Romero Morales. Lavado y desinfección y planchado de la ropa hospitalaria. Doc Player. 2017.
4. Lavandero y planchador. Temario y test parte específica. Editorial MAD. Febrero 2020.

Capítulo 703

VESTIMENTA LABORAL EN EL SERVICIO DE PLANCHADO EN HOSPITALES

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

SANDRA GARCÍA REYES

CRISTINA GARCIA REYES

MARÍA ARENAS MOTILLA

1 Introducción

En el entorno sanitario, la selección y empleo del atuendo laboral posee una importancia crucial, ya que su utilidad no se limita únicamente a aspectos estéticos, sino que desempeña un papel esencial en la preservación de la seguridad y la higiene de los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud. En este contexto, el propósito de este informe se enfoca en un análisis minucioso de la vestimenta requerida para los empleados que forman parte del servicio de planchado en instituciones hospitalarias. Se abordan diversos aspectos, tales como las regulaciones vigentes, los estándares de seguridad aplicables y los requisitos específicos diseñados para mitigar los riesgos laborales en esta área concreta. El atuendo laboral en el campo de la atención médica desempeña un rol esencial, y su importancia va más allá de aspectos estéticos o de comodidad personal.

Esta indumentaria se convierte en un componente crítico para garantizar tanto la seguridad de los profesionales de la salud como la prevención de potenciales riesgos para los pacientes y el entorno hospitalario en general.

En particular, el enfoque de este informe se dirige hacia el personal que desempeña funciones en el servicio de planchado dentro de los centros hospitalarios. Aunque esta área podría no estar directamente relacionada con la atención médica clínica, desempeña un papel fundamental en la garantía de que la ropa y los textiles utilizados en el ámbito hospitalario se encuentren en óptimas condiciones de higiene y cuidado. Por lo tanto, es necesario abordar en detalle la vestimenta requerida para estos trabajadores, considerando tanto las normativas legales vigentes como los estándares de seguridad específicos para prevenir riesgos laborales en este contexto particular.

En consecuencia, este informe se sumerge en un análisis exhaustivo y completo de la indumentaria necesaria para los trabajadores del servicio de planchado en hospitales. Para ello, se examinarán de manera detallada las regulaciones que rigen esta área, se realizará una revisión de la literatura relevante y se proporcionarán descripciones precisas de las prendas y equipos recomendados. El objetivo principal es brindar una guía sólida y clara sobre cómo vestir de manera adecuada en este entorno laboral, con el fin de garantizar la seguridad y la eficiencia en el cumplimiento de sus responsabilidades.

2 Objetivos

El objetivo fundamental de esta investigación radica en ofrecer una guía exhaustiva y precisa acerca de la indumentaria laboral apropiada para los trabajadores que desempeñan labores en el servicio de planchado dentro del ámbito hospitalario. Con el propósito de alcanzar esta meta, se llevará a cabo un análisis minucioso de las regulaciones que son relevantes en este contexto, se realizará una revisión exhaustiva de la literatura especializada, y se brindarán descripciones detalladas de las prendas y equipos recomendados. El objetivo subyacente es garantizar tanto la seguridad como la eficacia en el desenvolvimiento de sus funciones laborales en este entorno específico.

La importancia de esta guía radica en que proporcionará a los colaboradores del servicio de planchado hospitalario las directrices necesarias para seleccionar y utilizar la vestimenta adecuada de manera óptima. Este proceso implica, en primer lugar, un análisis profundo de las regulaciones que rigen las prácticas laborales en el ámbito hospitalario, incluyendo las disposiciones legales y normativas que establecen los estándares de seguridad y prevención de riesgos.

Además, se llevará a cabo una revisión exhaustiva de la literatura especializada en relación con el uso de la vestimenta laboral en entornos hospitalarios y, en particular, en el servicio de planchado. Esto incluirá investigaciones previas, directrices de organizaciones de salud, y mejores prácticas que han sido documentadas en la literatura científica y técnica.

El elemento distintivo de esta guía radica en la descripción minuciosa y detallada de las prendas y equipos recomendados para el personal del servicio de planchado en hospitales. Se proporcionarán especificaciones precisas sobre cada componente del atuendo, desde el gorro de protección hasta el calzado con suela antideslizante. Esto permitirá a los trabajadores comprender plenamente la importancia de cada elemento y cómo contribuye a su seguridad y eficiencia en el trabajo.

En resumen, esta guía busca ser una herramienta esencial para los colaboradores del servicio de planchado hospitalario al proporcionarles la información necesaria para tomar decisiones informadas sobre su atuendo laboral. A través de un enfoque minucioso y completo, se busca garantizar que cumplan con los estándares de seguridad y prevención de riesgos, lo que a su vez contribuirá a un entorno laboral más seguro y eficiente en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

La investigación se ha fundamentado en una revisión exhaustiva de la literatura que aborda el tema del atuendo laboral en el ámbito sanitario, así como en el estudio de las regulaciones específicas que rigen las pautas para el personal no sanitario que presta sus servicios en instituciones de salud. Uno de los documentos legales de gran relevancia en este contexto es el "Estatuto de Personal No Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social," el cual data del año 1971. Además, para enriquecer aún más este análisis, se ha recurrido a fuentes adicionales, incluyendo el material proporcionado por el Servicio Andaluz de Salud, así como la página de Wikipedia, que ofrece una valiosa fuente de información relacionada con uniformes y vestimenta en el ámbito hospitalario.

La recopilación de información ha sido realizada de manera minuciosa y cuidadosa, con el objetivo de asegurar la integridad y precisión de los datos recabados. Posteriormente, esta información ha sido sometida a un proceso de análisis y síntesis riguroso, con el fin de elaborar una guía exhaustiva y completa que aborde en profundidad la temática del vestuario adecuado en el contexto del servicio de planchado hospitalario.

El objetivo de este enfoque integral es proporcionar a los trabajadores del servicio

de planchado en entornos hospitalarios una guía que no solo esté respaldada por una sólida base teórica y legal, sino que también esté enriquecida con las mejores prácticas y directrices proporcionadas por fuentes de autoridad en el campo de la salud. De esta manera, se busca ofrecer una herramienta de referencia confiable y precisa que contribuya a la seguridad, higiene y eficiencia en su labor cotidiana.

4 Resultados

La vestimenta laboral destinada a los profesionales del servicio de planchado en instalaciones hospitalarias se encuentra meticulosamente diseñada para cumplir con una serie de necesidades críticas en cuanto a seguridad, higiene y la prevención de riesgos. En este contexto, se recomienda enfáticamente el uso de las siguientes prendas y elementos:

- Gorro de protección: Su uso es de carácter imperativo, ya que desempeña un rol esencial en la prevención de la contaminación del cabello y la piel de los trabajadores. Esto es particularmente importante dado el entorno hospitalario, donde la higiene y la prevención de la propagación de microorganismos son de máxima relevancia.
- Uniforme completo: Este conjunto compuesto por pantalón y casaca se distingue por estar confeccionado en un material robusto y fácil de limpiar. La elección de estos materiales garantiza no solo la comodidad, sino también la higiene, permitiendo que las prendas sean lavadas y mantenidas en óptimas condiciones de limpieza, lo cual es crítico en un ambiente hospitalario.
- Mascarilla: La utilización de mascarillas adquiere un carácter fundamental en áreas donde se lleva a cabo la manipulación de ropa que podría estar potencialmente contaminada. Estas mascarillas funcionan como una barrera eficaz para prevenir la dispersión de contaminantes en el aire, lo que contribuye de manera significativa a la seguridad y la prevención de infecciones cruzadas.
- Guantes de protección: Estos guantes se posicionan como un elemento insustituible en la prevención de posibles cortes o perforaciones que podrían resultar de objetos punzantes o contaminados que puedan hallarse entre las prendas de ropa. Su uso es esencial para salvaguardar la integridad de los trabajadores y minimizar los riesgos laborales.
- Calzado con suela antideslizante: La adopción de calzado que incorpora suelas antideslizantes es de vital importancia para reducir el riesgo de accidentes, como resbalones o caídas, especialmente en superficies húmedas o mojadas. Este tipo de calzado brinda una mayor estabilidad y seguridad al personal mientras realiza sus tareas en condiciones potencialmente peligrosas.

En conjunto, estas prendas y elementos componen un conjunto de protección esencial para los profesionales del servicio de planchado en un entorno hospitalario. Su uso adecuado y constante contribuye de manera significativa a la seguridad de los trabajadores y a la prevención de posibles riesgos laborales en un ámbito donde la higiene y la seguridad son prioritarias.

5 Discusión-Conclusión

La indumentaria de trabajo en el contexto del servicio de planchado hospitalario desempeña un papel crucial que va más allá de la mera estética. Su relevancia radica en su contribución fundamental para asegurar la seguridad y la excelencia en la prestación de los servicios. Estos objetivos se respaldan en las normativas legales y los estándares específicos que rigen el vestuario de los trabajadores en instituciones de salud

La importancia de estas regulaciones y directrices radica en su capacidad para establecer un marco sólido y coherente en lo que respecta al atuendo laboral. Esto asegura que los trabajadores del servicio de planchado hospitalario cumplan con los estándares de seguridad, higiene y prevención de riesgos de manera uniforme y consistente. Además, contribuye a la identificación de los profesionales, lo que es esencial en el entorno hospitalario, donde la seguridad y la organización son esenciales.

En conclusión, el atuendo laboral en el servicio de planchado hospitalario no solo es una cuestión de moda, sino una parte integral de la seguridad y la calidad de los servicios brindados.

6 Bibliografía

1. <https://es.wikipedia.org/wiki/Uniformeg>.
2. https://www.cigaude.gal/files/novas/Lexislacion/Estatuto_Persoal_Non_Sanitario_das_Instituci%C3%B3ns_Sanitarias_da_Seguidade_Social_1971.pdf
3. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/lavand_lectura_01.pdf.

Capítulo 704

CONOCIMIENTOS Y ACTUACIONES DEL CELADOR ANTE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA

MARIA ISABEL ARIAS SOTOCA

1 Introducción

La Violencia Doméstica representa un serio problema de salud pública que requiere una atención prioritaria. Las Naciones Unidas la han calificado como "el delito encubierto más común en el mundo" y reconocen sus graves consecuencias tanto físicas como psicológicas para la unidad familiar. Como profesionales de la salud, tenemos la obligación, de acuerdo con el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, de informar a las autoridades judiciales pertinentes sobre casos de violencia doméstica.

Determinar la verdadera prevalencia de la violencia doméstica resulta ser un desafío considerable, ya que los datos disponibles generalmente subestiman la magnitud del problema. La falta de notificación de los casos es la principal razón detrás de esta subestimación, y se estima que solo se diagnostican entre un 5% y un

15% de todos los casos. Muchas víctimas de abuso doméstico acuden a servicios de urgencias y, por diversas razones, no revelan la verdadera causa de sus lesiones. Estas razones afectan tanto a las propias víctimas como a los profesionales de la salud.

Las víctimas suelen experimentar sentimientos de inseguridad, vergüenza y temor a la hora de denunciar su situación. Esto se refleja en tres actitudes claramente definidas: la denuncia abierta de lo ocurrido, la simulación de la no denuncia del hecho y la no denuncia manteniendo una actitud pasiva y neutral.

2 Objetivos

Examinar el nivel de conocimiento y las acciones tomadas por los celadores y otros profesionales de la salud en relación con la violencia doméstica.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión de la literatura, se hicieron uso de diversas herramientas, entre las cuales se destacan MEDLINE, PUBMED y otras fuentes pertinentes. La búsqueda se realizó utilizando términos MESH como "watchman"; "domestic violence" y "sanitary". Posteriormente, se incorporaron revisiones recientes e investigaciones clínicas que habían sido publicadas en la literatura después de concluir esta búsqueda.

4 Resultados

El compromiso de los profesionales de la salud con la prevención y el abordaje de la violencia doméstica es evidente, ya que el 100% de ellos reconoce su importancia, con un destacado 91.5% calificándola como de suma relevancia. Esta conciencia es compartida entre diferentes categorías profesionales, siendo el 93.8% de los celadores, el 100% de los enfermeros y el 81.5% de los facultativos quienes la consideran de extrema importancia.

A pesar de este reconocimiento, es preocupante que aproximadamente un tercio de los profesionales de la salud (29.3%) no estén completamente informados sobre cómo funciona el protocolo interno para detectar, asistir y hacer un seguimiento de casos de abuso y maltrato. Esta falta de conocimiento es más pronunciada entre los celadores (56.3%) y los enfermeros (36.4%), en comparación con los facultativos (3%).

En lo que respecta a la actitud hacia el diagnóstico de casos de maltrato, un porcentaje significativo (al menos el 40%) de los profesionales no mantiene una actitud expectante de forma regular. Solo un 34% considera el maltrato como un diagnóstico diferencial en la evaluación de pacientes con lesiones físicas. A pesar de esto, el 78% cree que aplica correctamente el protocolo de violencia doméstica en los casos que identifica, demostrando un compromiso con la atención adecuada de estas situaciones sensibles.

Un 84.1% de los profesionales de la salud considera que la identificación y resolución de casos de violencia doméstica debe ser una tarea colaborativa que involucre a la policía, jueces, trabajadores sociales, psicólogos y los profesionales sanitarios. Sin embargo, dependiendo de su categoría profesional, el 37.5% de los celadores, el 12.1% de los enfermeros y el 9.1% de los médicos creen que esta responsabilidad recae principalmente en los jueces o la policía.

5 Discusión-Conclusión

Se considera una necesidad la evaluación de los conocimientos de los celadores y otros profesionales sanitarios con respecto a la violencia doméstica, pues hay una mezcla de conciencia y desafíos en la respuesta a este problema de salud pública. Existe un nivel de conciencia generalizado en el ámbito de la salud sobre la magnitud de este problema y su impacto en la sociedad. Sin embargo, surgen preocupaciones importantes en términos de conocimiento y actitudes, pues esta falta de conocimiento es más pronunciada entre los celadores y enfermeros, lo que resalta la necesidad de mejorar la capacitación y la concienciación en estas categorías profesionales.

6 Bibliografía

1. Servicio Andaluz de Salud. Plan estratégico. Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta Andalucía, 2015.
2. Siendones, R; Perea-Milla, E; Arjona, J.L; Agüera, C; Rubio, A & Molina, M (2002). Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. ecccion/links/63aeda05097c7832ca7984e7/Violencia-domestica-y-profesionales-sanitarios-Conocimientos-opiniones-y-barreras-para-la-infradeteccion.pdf

Capítulo 705

EL PAPEL DEL CELADOR Y LOS RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA

MARIA ISABEL ARIAS SOTOCA

ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA

1 Introducción

En los últimos años, se ha observado un aumento significativo en los problemas relacionados con las condiciones laborales ergonómicamente inadecuadas. Este incremento se ha traducido en un crecimiento en la incidencia de trastornos musculoesqueléticos entre los sanitarios, principalmente debido a las deficientes condiciones ergonómicas en sus puestos de trabajo. Además, se está prestando una atención cada vez mayor a la importancia de los factores psicosociales y organizativos en el entorno laboral, y su influencia en el rendimiento y la salud de los profesionales sanitarios.

En el ámbito de los centros sanitarios, encontramos una diversidad de profesionales, que pueden clasificarse principalmente en tres áreas: la sanitaria (médicos,

fisioterapeutas, enfermeros, técnicos auxiliares de enfermería, etc.), la psicosocial (psicólogos, trabajadores sociales, técnicos en atención sociosanitaria, etc.) y los servicios generales (celadores, personal de limpieza, cocina, administración, etc.). Todos estos sanitarios, a pesar de sus especialidades, comparten algunas características comunes:

- Trabajan con colectivos similares, muchas de las cuales son personas con un alto grado de dependencia física y psicológica.
- Realizan sus tareas en un entorno físico definido, que en su mayoría carece de elementos y disposiciones ergonómicas diseñadas considerando las necesidades tanto de los usuarios como de los trabajadores. Esta falta de enfoque ergonómico afecta negativamente la ejecución de las tareas de manera cómoda y saludable por parte de los profesionales sanitarios involucrados.

2 Objetivos

Analizar los riesgos ergonómicos a los que se tienen que enfrentar en los centros sanitarios los celadores y otros profesionales de la salud

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión de la literatura, se hicieron uso de diversas herramientas, entre las cuales se destacan MEDLINE, PUBMED y otras fuentes pertinentes. La búsqueda se realizó utilizando términos MESH como "caretaker"; "ergonomics"; "sanitary". Posteriormente, se incorporaron revisiones recientes e investigaciones clínicas que habían sido publicadas en la literatura después de concluir esta búsqueda.

4 Resultados

El estándar ISO/TR 12296:2012 ofrece pautas para la evaluación de los problemas y riesgos asociados con la manipulación manual de pacientes en el sector de la salud, así como para la identificación y aplicación de estrategias y soluciones ergonómicas para abordar dichos riesgos y problemas. La utilización de dispositivos ergonómicos está directamente vinculada a la reducción de los trastornos musculoesqueléticos (TME) que afectan a los trabajadores de la salud, lo que conlleva una mejora en las condiciones laborales y la disminución de costos y el ausentismo laboral relacionado con estos trastornos.

Sin embargo, en ocasiones, la implementación de estas estrategias puede ser un desafío en el entorno asistencial. Por ejemplo, es más común encontrar grúas de asistencia en instituciones como en hospitales especializados o residencias de ancianos, mientras que en algunos hospitales, aunque disponen de estos dispositivos, no se utilizan con la frecuencia adecuada. Esto puede deberse a diversas razones, como:

1. Ubicación inadecuada: Los dispositivos se almacenan lejos de donde se necesitan.
2. Inadecuación para pacientes específicos: Los dispositivos pueden no ser adecuados para ciertos pacientes.
3. Falta de conocimiento o temor: El personal puede no estar familiarizado con el funcionamiento de los dispositivos o puede tener preocupaciones sobre su uso con ciertos pacientes. En este caso, se destaca la importancia de proporcionar capacitación al personal de salud.
4. Limitaciones de espacio: Las habitaciones pueden no contar con suficiente espacio para utilizar estos dispositivos.
5. Tiempo adicional requerido: Algunos argumentan que utilizar estos dispositivos lleva más tiempo en comparación con no usarlos. Sin embargo, la diferencia de tiempo es mínima en comparación con el impacto en la salud de los trabajadores que realizan estas tareas.
6. Condición de los dispositivos: Los dispositivos pueden no estar en condiciones óptimas para su uso.

5 Discusión-Conclusión

Es esencial poner en práctica protocolos para facilitar la movilización de los pacientes y desarrollar estrategias preventivas para abordar las posturas adoptadas. Sin embargo, es preocupante que estos enfoques no reciban el reconocimiento adecuado entre los celadores y otros profesionales de la salud. Además, la formación teórica y práctica de los trabajadores de la salud ha sido insuficiente, a pesar de las evidencias que respaldan la efectividad de la utilización de dispositivos ergonómicos en comparación con la no utilización de los mismos. Es importante destacar que el tiempo requerido para movilizar a un paciente con la ayuda de dispositivos ergonómicos es prácticamente el mismo que sin su uso.

6 Bibliografía

1. Ferreras, A et al (2006). Manual para la prevención de riesgos ergonómicos y psicosociales en los centros de atención a personas en situación de dependencia. <https://sanidad.ccoo.es/e7c61ae0f0a4ff047f7ace3306c36c31000058.pdf>
2. Martínez, M (2016). Riesgos Ergonómicos en Enfermería. http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/6719/9557_Mart%C3%ADnez%20Laborre,%20Mar%C3%ADa%20del%20Mar.pdf?sequence=1

Capítulo 706

EL PAPEL FUNDAMENTAL DE LOS CELADORES EN ATENCIÓN PRIMARIA: MEJORANDO LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA

MARIA ISABEL ARIAS SOTOCA

JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

En el entorno sanitario, cuando analizamos la evolución de los cuidados de salud en nuestra sociedad, podemos notar una constante transformación en los avances científicos, en la tecnología médica, en el sistema sanitario en sí, así como en los patrones epidemiológicos y la demografía de la población. Todo esto converge en la creación de un modelo de atención de salud nuevo y complejo, destinado a satisfacer de manera eficiente y segura las necesidades de nuestros usuarios.

Dentro de las organizaciones de atención sanitaria, el elemento humano desempeña un papel fundamental en la prestación de servicios de calidad. A diferencia de otras organizaciones, en el ámbito de la salud, la calidad está estrechamente

vinculada con la interacción personal. Para los pacientes, la calidad se define por las características del proceso de atención, siendo el trato personal el factor principal de dicho proceso. La satisfacción del paciente depende en gran medida del compromiso del personal de salud, y se reconoce que la satisfacción laboral del empleado influye en la percepción de calidad por parte del usuario. En definitiva, se entiende que un entorno interno de alta calidad crea un ambiente propicio para satisfacer a los usuarios en términos de eficacia en la atención, uso adecuado de la tecnología médica y una relación interpersonal cálida y humana.

2 Objetivos

Optimizar la experiencia del paciente y la eficiencia de los servicios de atención primaria mediante el apoyo integral de los celadores.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión de la literatura, se hicieron uso de diversas herramientas, entre las cuales se destacan MEDLINE, PUBMED y otras fuentes pertinentes. La búsqueda se realizó utilizando términos MESH como "watchman"; "satisfaction"; "users" y "primary care". Posteriormente, se incorporaron revisiones recientes e investigaciones clínicas que habían sido publicadas en la literatura después de concluir esta búsqueda.

4 Resultados

Un estudio detalla las condiciones laborales de los celadores en atención primaria. La mayoría de estos profesionales son personal estatutario fijo, lo que equivale al 69.6% del total. En promedio, han acumulado 25 años de experiencia laboral, con un período de servicio de 17,3 años, específicamente en Atención Primaria. En lo que respecta a la carga de trabajo, la presión asistencial promedio es de 50.42 usuarios atendidos por día. Sin embargo, se destaca una notoria variabilidad en la cantidad de pacientes atendidos diariamente según la categoría profesional. Los médicos, en promedio, atienden a 37.53 pacientes al día, mientras que las enfermeras asisten a una media de 21.85 pacientes. Los MIR/EIR se enfrentan a una carga de trabajo de 29.83 pacientes, celadores 79,51, mientras que el personal administrativo tiene una carga significativamente mayor, atendiendo a 205.45 pacientes al día.

Esta variabilidad también se manifiesta dentro de cada categoría; por ejemplo, algunos médicos atienden a un mínimo de 10 pacientes diarios, mientras que otros llegan a 70. De manera similar, las enfermeras pueden atender desde 12 hasta 40 pacientes al día, en el caso de los MIR/EIR, la carga varía de 15 a 40 pacientes, o la de los celadores 8-90 pacientes diarios.

En lo que concierne a la satisfacción laboral autoinformada, la gran mayoría de los participantes (83.9%) expresan estar satisfechos con su trabajo, mientras que un 12.2% no se siente satisfecho. Al analizar el ítem específico "En mi trabajo me encuentro satisfecho", se observa que el 66.5% se siente satisfecho, el 19.6% se muestra indiferente y el 14% no está satisfecho.

Finalmente, al evaluar el resultado global del cuestionario, se concluye que el 62.4% de los profesionales estudiados se encuentra satisfecho, un 2.1% se muestra indiferente, y un 35.5% está insatisfecho con sus condiciones laborales en atención primaria.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores son eslabones fundamentales en la prestación de atención primaria de salud y tienen un impacto notable en la satisfacción de los pacientes. Su labor involucra una amplia variabilidad en la cantidad de pacientes que atienden diariamente, y esta variación está relacionada con las diferencias en sus roles y responsabilidades dentro del sistema de atención médica. Es importante destacar que, aunque la mayoría de los celadores reporta satisfacción en su trabajo, existe un segmento significativo que no comparte esta satisfacción. Este hallazgo subraya la urgencia de abordar las condiciones laborales y el bienestar de estos profesionales que trabajan en atención primaria. En definitiva, los celadores desempeñan un papel esencial en el funcionamiento de la atención primaria de salud. Su nivel de satisfacción laboral no solo afecta su propia calidad de vida en el trabajo, sino que también influye en la percepción general de calidad por parte de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen las normas para la elaboración de los catálogos de material inventariable de los centros sanitarios del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. BOE, 126, 20850-20854.

2. Rodríguez, A; Gómez, P & De Dios, R (2017). Vista de Estudio de la satisfacción laboral en los equipos de atención primaria en un área sanitaria de Asturias. (s/f). Revistas.um.es., de <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/256641/213141>

Capítulo 707

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: HERRAMIENTAS GRÁFICAS PROPORCIONADAS POR EL SISTEMA GESTOR DE BASES DE DATOS

EVA MUÑOZ ESPIN

1 Introducción

Los SGBD almacenan físicamente toda la información que gestionan en ficheros. Las tablas creadas mediante las instrucciones SQL que acabamos de ver se terminarán almacenando físicamente en el sistema de ficheros del servidor de bases de datos.

Este proceso suele ser transparente para los desarrolladores de bases de datos, que crean las tablas sin preocuparse del fichero físico del servidor en el que se almacenan sus datos. Sin embargo, los administradores de bases de datos sí deberían conocer la ubicación física de los ficheros de los SGBD.

Para poder decidir dónde almacenar estos ficheros, los SGBD incorporan el concepto de espacio para tablas o *tablespace*. Un espacio para tablas es un objeto que se crea en la base de datos y que representa un contenedor en el que almacenar tablas. En PostgreSQL los *tablespace* apuntan hacia un directorio en el que el SGBD creará los ficheros que necesite.

Los SGBD suelen proporcionar herramientas gráficas que facilitan la interacción con las bases de datos. Estas herramientas nos permitirán realizar, de forma gráfica mediante menús y botones, la mayoría de las acciones que se irán viendo a lo largo de este libro. Cada uno de los principales SGBD del mercado cuenta con una herramienta gráfica, que suele proporcionar el propio fabricante.

2 Objetivos

Conocer cómo personal auxiliar administrativo las principales herramientas de las que disponemos en los equipos informáticos para llevar a cabo nuestro trabajo de forma rápida y eficaz.

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 uso de este tipo de herramientas es muy recomendable para iniciarse en las bases de datos, puesto que aportan un apoyo gráfico a las acciones que se van realizando. A continuación, veremos algunas acciones básicas que podemos realizar mediante pgAdmin, la herramienta gráfica de PostgreSQL que se instala por defecto durante el proceso de instalación del SGBD.

- Arranque y conexión a la base de datos:

Tras iniciar el programa pgAdmin, que debería de estar instalado en nuestro ordenador tras la instalación de PostgreSQL, se nos pedirá que introduzcamos una contraseña maestra para almacenar todas las contraseñas de las conexiones que gestionaremos a través de la herramienta.

Podemos escoger la contraseña que nos parezca más adecuada, pero es importante recordarla, puesto que cada vez que arranquemos pgAdmin nos la pedirá. Se recomienda utilizar la misma que se eligió durante el proceso de instalación para evitar confusiones.

Una vez introducida la contraseña maestra, deberemos seleccionar el servidor al que conectarnos. Habitualmente, tan solo tendremos un único servidor. Para seleccionarlo, desplegaremos la opción Servers, que se encuentra en el panel al lado izquierdo de la pantalla. Se nos pedirá la contraseña para conectarnos a la base de datos, que debe coincidir con la contraseña que se introdujo durante el proceso de instalación de PostgreSQL. Opcionalmente, podemos marcar la opción Save Password para que se almacene la contraseña y no haya que introducirla cada vez que usemos pgAdmin.

- Visualización de las bases de datos y de sus objetos:

Una vez conectados al servidor, podemos ver gráficamente los objetos que existen en el SGBD e interactuar con ellos. En primer lugar, deberemos seleccionar la base de datos sobre la cual se quiere trabajar en el panel izquierdo. Al seleccionar la base de datos, se mostrarán en el mismo panel todos los objetos que contiene. Tras la instalación, la única base de datos que existe es postgres, pero en los siguientes apartados veremos qué instrucciones podemos ejecutar para crear otras bases de datos.

Una vez desplegado el contenido de la base de datos, podemos seguir inspeccionando el árbol de objetos que contiene. Por ejemplo, podríamos ver las tablas que contiene la base de datos ges_academica desplegando el apartado Schemas, a continuación, el esquema public (que es donde se suelen crear todas las tablas) y, finalmente, el apartado Tables.

En la herramienta gráfica podemos interactuar con los objetos de la base de datos mediante las opciones de los menús gráficos. Para visualizar estos menús, debemos hacer clic con el botón derecho del ratón en la categoría de objeto que queremos crear.

- Ejecución de instrucciones SQL:

Otra opción para interactuar con los objetos de la base de datos es introducir instrucciones SQL que el SGBD interpretará. Se recomienda usar esta opción, puesto que un administrador de base de datos debe saber escribir y reconocer instrucciones SQL. Por ello, a lo largo de los distintos capítulos de este libro se trabajará la sintaxis de dichas instrucciones. Para poder practicar todos los ejemplos que se irán viendo, nos resultará de gran interés usar la opción de ejecutar instrucciones SQL.

En primer lugar, es muy importante seleccionar la base de datos sobre la cual trataremos de ejecutar las instrucciones.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión bibliográfica he podido conocer el sistema que permite la creación, gestión y administración de bases de datos (SGBD) así como la elección y manejo de las estructuras necesarias para el almacenamiento y búsqueda de información del modo más eficiente posible, lo que me va a ayudar en gran medida a agilizar el tiempo de búsqueda de datos en el ordenador.

Como auxiliares administrativos en sanidad manejamos gran cantidad de datos relacionados con la salud de los pacientes ingresados en los centros hospitalarios, por ello es importante conocer y contar con herramientas que nos faciliten nuestra labor diaria.

6 Bibliografía

- 1- 5 herramientas gestión bases de datos - <https://blog.nubecollectiva.com/5-herramientas-para-gestionar-una-base-de-datos-oracle-gui/>
- 2- herramienta de diseño de bases de datos - <https://www.lucidchart.com/pages/es/ejemplos/herramienta-de-diseno-de-bases-de-datos>
- 3- gestores de bases de datos - <https://www.inesem.es/revistadigital/informatica-y-tics/los-gestores-de-bases-de-datos-mas-usados/>
- 4- gestores de bases de datos - <https://www.docpath.com/5-gestores-de-bases-de-datos-para-diversas-aplicaciones/?lang=es>

Capítulo 708

EL TRABAJO DEL ADMINISTRATIVO SANITARIO Y LAS BASES DE DATOS SANITARIAS Y LOS GESTORES DE DATOS

BLANCA ANCUTA PUSCAS

CRISTINA RUIZ SORIA

BEATRIZ CERCEDA LORENZANA

1 Introducción

La gestión de datos y la utilización de bases de datos sanitarias son componentes fundamentales en la administración de la atención médica en la era digital.

Los administrativos sanitarios desempeñan un papel crítico en la recopilación, organización y gestión de información relacionada con la salud de los pacientes y los procesos administrativos en un entorno hospitalario.

Esta introducción explorará la importancia de las bases de datos sanitarias y los gestores de datos en el trabajo del administrativo sanitario y cómo estas herramientas son esenciales para una atención médica eficiente y de calidad.

En este trabajo, se analizarán en detalle las responsabilidades y consideraciones clave que enfrentan los administrativos en relación con las bases de datos sanitarias y los gestores de datos. Esto incluye la utilización de sistemas de registro médico electrónico (EHR), la programación de citas médicas, la gestión de la facturación y los seguros de salud, y la administración eficiente de recursos hospitalarios utilizando bases de datos y sistemas de información.

También se destacará la importancia de mantener la seguridad de datos y la confidencialidad de la información del paciente, así como la generación de informes para respaldar la toma de decisiones administrativas y clínicas.

En resumen, las bases de datos sanitarias y los gestores de datos son herramientas esenciales en la administración de la atención médica moderna.

Los administrativos sanitarios desempeñan un rol crucial al utilizar estas herramientas para asegurar que la información de los pacientes se maneje de manera precisa, confidencial y accesible, lo que contribuye significativamente a la eficacia y calidad de los servicios de atención médica.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios:

Objetivo principal:

- Dar a conocer y evaluar los principales trabajos con los gestores de datos en sanidad por parte de los administrativos.

Objetivo secundario:

- Mostrar las variables que se analizan en los estudios relacionados con los administrativos y los gestores de datos.

3 Metodología

- Fuentes documentales consultadas:

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre abril de 2023 y julio de 2023.

- Estrategia de búsqueda:

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“healthcare data manager” OR “data manager”) AND (“health administrative” OR administrative OR “administrative assistant”).

4 Resultados

El trabajo del administrativo sanitario se entrelaza estrechamente con el uso de bases de datos sanitarias y gestores de datos en el ámbito de la atención médica.

Estas herramientas son fundamentales para recopilar, organizar y gestionar información crítica relacionada con la salud de los pacientes y la administración de los servicios médicos.

A continuación, se describen las responsabilidades y consideraciones clave del administrativo sanitario en relación con las bases de datos sanitarias y gestores de datos:

- **Utilización de Sistemas de Registro Médico Electrónico (EHR):**

Los administrativos sanitarios utilizan EHR para registrar y acceder a la información de los pacientes de manera electrónica. Esto incluye datos personales, antecedentes médicos, diagnósticos, tratamientos y otros registros relevantes.

- **Registro y Actualización de Datos:**

Son responsables de ingresar datos precisos y actualizados en el EHR, garantizando que la información del paciente esté completa y disponible cuando se necesite.

- **Gestión de Citas y Programación:**

Utilizan bases de datos para programar citas médicas y de procedimientos de acuerdo con la disponibilidad de médicos y recursos hospitalarios.

- **Facturación y Seguros de Salud:**

Gestionan la facturación médica y procesan las reclamaciones de seguros de salud utilizando sistemas de gestión de datos financieros y de seguros.

- **Administración de Recursos:**

Ayudan a gestionar recursos hospitalarios, como camas, quirófanos y equipos médicos, utilizando sistemas de gestión de recursos.

- **Seguridad de Datos:**

Garantizan que la información del paciente y otros datos sensibles estén protegidos contra amenazas cibernéticas y cumplan con las regulaciones de privacidad de datos de salud.

- **Generación de Informes:**

Utilizan gestores de datos para generar informes y análisis a partir de los datos almacenados, lo que respalda la toma de decisiones administrativas y clínicas.

- **Mantenimiento y Actualización de Bases de Datos:**

Aseguran que las bases de datos sanitarias se mantengan actualizadas, funcionen sin problemas y estén disponibles para el personal autorizado.

- **Colaboración Interdepartamental:**

Trabajan en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para garantizar que la información médica se utilice de manera eficiente y esté disponible para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

- **Cumplimiento Normativo:**

Siguen las regulaciones y políticas relacionadas con la gestión de datos sanitarios y la privacidad de la información del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gestión de bases de datos sanitarias y el uso de gestores de datos son componentes esenciales en el trabajo del administrativo sanitario en el ámbito de la atención médica. Algunas de las conclusiones:

- La utilización de bases de datos sanitarias y gestores de datos mejora la eficiencia al recopilar, organizar y gestionar la información de manera precisa y oportuna. Estas herramientas proporcionan acceso rápido y seguro a la información de los pacientes, lo que facilita la toma de decisiones médicas y administrativas.
- Mantener la seguridad de los datos y la confidencialidad de la información del paciente es de suma importancia para proteger la privacidad y cumplir con las regulaciones de privacidad de datos de salud.
- La programación de citas, la facturación y la gestión de recursos hospitalarios se benefician de la automatización y la gestión de datos eficiente.
- Trabajar en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería es esencial para garantizar que la información se utilice de manera eficaz en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.
- Mantenerse actualizado con las últimas tecnologías y sistemas es fundamental para realizar una gestión de datos efectiva en un entorno de atención médica en constante evolución.
- Es esencial cumplir con las regulaciones y políticas relacionadas con la gestión de datos sanitarios y la privacidad de la información del paciente.

En definitiva, las bases de datos sanitarias y los gestores de datos son herramientas críticas que permiten a los administrativos sanitarios realizar su trabajo de manera efectiva y eficiente en el ámbito de la atención médica. La gestión adecuada de la información de los pacientes y los procesos administrativos contribuye significativamente a la calidad de los servicios de atención médica y al bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Meneu R. El impacto de las tecnologías de información y comunicación en los profesionales y usuarios de la sanidad. En: Ortún V, editor. Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Colección Economía de la salud y gestión sanitaria. Barcelona: Masson; 2003. p. 89-142.

2. Martínez A, Rodrigues RJ, Infante A, Campillo C, Gattini C. Bases metodológicas para evaluar la viabilidad y el impacto de proyectos de telemedicina. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
3. Silva LC. Sobre ordenadores y ordenados. En: Silva LC, editor. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud. Madrid: Díaz de Santos; 1997. p. 349-63.
4. Silva LC. Una ceremonia estadística para identificar factores de riesgo. Salud Colectiva (Buenos Aires). 2005;1:309-22.

Capítulo 709

EL DESEMPEÑO ADMINISTRATIVO EN ADMISIÓN HOSPITALARIA Y EL TRABAJO DEL ADMINISTRATIVO SANITARIO

CRISTINA RUIZ SORIA

BEATRIZ CERCEDA LORENZANA

BIANCA ANCUTA PUSCAS

1 Introducción

La admisión hospitalaria es un punto de partida crucial en la atención médica de los pacientes, donde se establece una conexión vital entre el sistema de salud y aquellos que necesitan atención médica.

En este contexto, los administrativos sanitarios juegan un papel fundamental al llevar a cabo una serie de responsabilidades que aseguran una entrada eficiente y organizada al hospital.

Este trabajo se enfoca en explorar el papel crucial de los administrativos sanitarios en el proceso de admisión hospitalaria. Se analizará en detalle cómo estos profesionales desempeñan un papel esencial en la recepción, registro, verificación de documentos, coordinación de camas y gestión de información durante la admisión de pacientes.

Además, se destacará su contribución a la comunicación con los pacientes y sus familias, proporcionando información relevante sobre políticas y procedimientos hospitalarios.

Así mismo, se discutirán las implicaciones de su labor en la gestión de la documentación y la coordinación interprofesional en un entorno hospitalario.

La función de los administrativos sanitarios en la admisión hospitalaria es esencial para garantizar una experiencia fluida y ordenada para los pacientes, al tiempo que contribuye a una atención médica más eficiente y precisa. A lo largo de este trabajo, se explorarán en profundidad sus responsabilidades y cómo su contribución es vital para el funcionamiento efectivo de los sistemas de atención médica en hospitales y centros de salud.

El administrativo sanitario desempeña un papel esencial en el proceso de admisión hospitalaria, contribuyendo al flujo de pacientes y la gestión de información crítica. Su trabajo eficiente y preciso es fundamental para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada desde el momento en que ingresan al hospital. Además, su interacción con los pacientes y sus familias también contribuye a una experiencia hospitalaria más cómoda y orientada al paciente.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios:

Objetivo principal:

- Dar a conocer y evaluar los principales tratamientos y desempeños que se ejercen desde el administrativo en admisión de pacientes.

Objetivo secundario:

- Mostrar las variables que se analizan en los estudios relacionados con los administrativos en admisión.

3 Metodología

- Fuentes documentales consultadas:

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre junio de 2023 y septiembre de 2023.

- Estrategia de búsqueda:

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (admission OR “hospital admission”) AND (“health administrative” OR administrative OR “administrative assistant”).

4 Resultados

La admisión hospitalaria es un proceso fundamental en la atención médica, ya que marca el comienzo de la interacción entre el paciente y el sistema de salud. El trabajo del administrativo sanitario en el proceso de admisión hospitalaria es crucial para garantizar una experiencia fluida y eficiente para el paciente y para apoyar la gestión de los registros y la información en el hospital.

A continuación, se detallan las responsabilidades y funciones clave del administrativo sanitario en el contexto de la admisión hospitalaria:

- **Registro de Pacientes:** El administrativo sanitario es responsable de recibir y registrar a los pacientes que ingresan al hospital. Esto implica recopilar información demográfica básica, como nombre, dirección, número de teléfono y datos de seguro médico.
- **Verificación de Documentos:** Verificar la identidad del paciente y asegurarse de que todos los documentos necesarios, como la tarjeta de seguro médico o identificación, estén en orden y sean válidos.
- **Información del Seguro Médico:** Confirmar la información del seguro médico del paciente y obtener cualquier autorización o preaprobación necesaria para los procedimientos y tratamientos que se realizarán durante la hospitalización.
- **Historia Clínica:** Ayudar en la obtención de la historia clínica del paciente, incluyendo registros médicos anteriores, pruebas de diagnóstico y otros documentos relevantes.
- **Información del Procedimiento:** Asegurarse de que el paciente comprenda los detalles del procedimiento o tratamiento que va a recibir, así como cualquier instrucción preoperatoria, como la restricción de alimentos o líquidos.
- **Coordinación de Camas:** Colaborar con el personal de enfermería y el equipo médico para coordinar la asignación de camas y asegurarse de que el paciente esté ubicado en la unidad o área apropiada.
- **Información al Paciente:** Proporcionar información básica sobre las políticas y procedimientos del hospital, como los horarios de visita, las normas de privacidad y la forma en que funcionan los servicios hospitalarios.
- **Gestión de Documentación:** Mantener registros precisos y completos de la admisión, incluyendo la documentación de consentimientos firmados, registros de seguros y otros documentos relacionados con la admisión.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel de los administrativos sanitarios en el proceso de admisión hospitalaria es de suma importancia para garantizar una atención médica eficiente y organizada. A través de la recepción, registro, verificación de documentos, coordinación de camas y gestión de información, estos profesionales desempeñan un papel esencial en el flujo de pacientes y en la gestión de datos críticos desde el momento en que los pacientes ingresan al hospital.

Las conclusiones más destacadas incluyen:

- Los administrativos sanitarios desempeñan un papel clave en la admisión eficiente de pacientes, asegurándose de que todos los aspectos administrativos se manejen de manera efectiva para que los pacientes puedan recibir atención médica sin demoras innecesarias.
- Mantienen registros precisos y completos de la admisión, lo que es esencial para la continuidad de la atención y el seguimiento de los pacientes durante su estancia en el hospital.
- Trabajan en colaboración con otros profesionales de la salud, como enfermeras, médicos y personal administrativo, para asegurar que la admisión sea lo más eficiente posible y que los pacientes sean dirigidos a la unidad adecuada.
- Interactúan con los pacientes y sus familias de manera cortés y profesional, proporcionando apoyo y respuestas a sus preguntas o preocupaciones.
- Su enfoque en la comunicación efectiva y en proporcionar información relevante contribuye a una experiencia hospitalaria más cómoda y orientada al paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 710

EL ADMINISTRATIVO SANITARIO Y LA GESTIÓN DE LA AGENDA MÉDICA Y LA ADMINISTRACIÓN DE CITAS

BEATRIZ CERCEDA LORENZANA

BIANCA ANCUTA PUSCAS

CRISTINA RUIZ SORIA

1 Introducción

La gestión de la agenda médica y la administración de citas desempeñan un papel crucial en la eficiencia y el funcionamiento efectivo de cualquier establecimiento de atención médica. Estas actividades son esenciales para garantizar que los pacientes reciban atención médica oportuna y que los recursos médicos se utilicen de manera eficiente.

En esta introducción, exploraremos el papel fundamental que desempeñan los administrativos sanitarios en la gestión de la agenda médica y la administración de citas. Estos profesionales son la conexión vital entre los pacientes y el personal médico, y su capacidad para programar citas de manera efectiva, gestionar la disponibilidad de médicos y mantener registros precisos es esencial para el flujo de trabajo de cualquier establecimiento de atención médica.

A lo largo de este trabajo, se analizarán las responsabilidades y consideraciones clave que enfrentan los administrativos en este contexto, incluyendo la programación de citas, la gestión de cancelaciones y reprogramaciones, la atención al

paciente y la colaboración con el personal clínico. También se abordará la importancia de mantener la confidencialidad de los datos del paciente y utilizar sistemas de gestión de citas eficaces.

La gestión de la agenda médica y la administración de citas son elementos fundamentales en la prestación de atención médica de calidad. Los administrativos sanitarios desempeñan un papel esencial en la coordinación de estas actividades, lo que contribuye al bienestar de los pacientes y al funcionamiento exitoso de los servicios de atención médica.

2 Objetivos

Conocer las funciones del administrativo sanitario en relación con la agenda médica y la administración de citas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La gestión de la agenda médica y la administración de citas son tareas esenciales en el entorno sanitario, y los administrativos sanitarios desempeñan un papel crucial en su realización eficiente. A continuación, se describen las funciones y responsabilidades clave de los administrativos sanitarios en este contexto:

Programación de Citas: Los administrativos sanitarios son responsables de programar citas médicas para pacientes, ya sea por teléfono, en persona o a través de sistemas de gestión de citas electrónicas. Deben asegurarse de que las citas se registren con precisión y se asignen a los profesionales de salud adecuados.

Coordinación de Horarios: Mantener un horario coordinado para los médicos y otros profesionales de salud es esencial. Los administrativos deben evitar conflictos y superposiciones en las agendas, garantizando que se utilicen eficientemente los recursos.

Recordatorios de Citas: Enviar recordatorios de citas a los pacientes, ya sea por correo electrónico, mensajes de texto o llamadas telefónicas, para reducir las tasas de ausencia y garantizar la puntualidad.

Reprogramación de Citas: Manejar solicitudes de reprogramación de citas y ajustes en la agenda médica. Esto puede implicar coordinar nuevas fechas y horarios con pacientes y profesionales de salud.

Documentación de Citas: Registrar de manera precisa y completa la información de las citas en los registros médicos electrónicos o en sistemas de gestión de citas, incluyendo los detalles del paciente, la fecha y hora de la cita, el motivo de la consulta y el profesional asignado.

Priorización de Citas: Identificar y priorizar las citas según la urgencia y la importancia médica, asegurando que los pacientes que necesitan atención inmediata reciban citas oportunas.

Atención al Paciente: Brindar atención al paciente en la recepción o área de registro, asegurando que los pacientes se registren correctamente y reciban orientación sobre los procedimientos de llegada y espera.

Gestión de Esperas: Coordinar y gestionar las áreas de espera de manera eficiente, asegurando que los pacientes sean atendidos en el orden correcto y minimizando los tiempos de espera.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gestión de la agenda médica y la administración de citas son funciones críticas en el entorno de la atención médica, y los administrativos sanitarios desempeñan un papel fundamental en estas áreas.

Los administrativos sanitarios desempeñan un papel esencial en la gestión de la agenda médica y la administración de citas, lo que contribuye a la eficiencia y la calidad de la atención médica. Su capacidad para coordinar eficazmente las citas y brindar un servicio al cliente excepcional es fundamental para el funcionamiento exitoso de cualquier establecimiento de atención médica. Además, su compromiso con la confidencialidad y la colaboración interdepartamental son aspectos críticos de su labor en esta área.

6 Bibliografía

1. International Standard Organization (ISO) (Internet) Santiago de Chile. Términos y definiciones de OHSAS. Marzo de 2014. Disponible en <https://www.nueva-iso45001.com/2014/03/ohsas-18001-terminos-y-definiciones/>.
2. SURA (Internet). Bogotá. Col. Riesgos profesionales. Julio 2017. Disponible en <https://www.arlsura.com/>.
3. MAGUIÑA; C., GASTELO; R., TEQUEN. A. El nuevo Coronavirus y la pandemia del COVID 19. Revista Médica Herediana. 2020 abr./Jun. VOL. 31(2); 125-131. Disponible en <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3776/4205>.
4. Oxford University (internet) Londres, Ing. Significado de UCI en español. 2021. Disponible en <https://www.lexico.com/es/definicion/uci>.
5. Ministerio de Sanidad. Actualización n° 13. Neumonía por nuevo coronavirus (2019- nCoV) en Wuhan, provincia de Hubei, (China). Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Actualizacion_13_2019-nCoV_China.pdf 15/04/2020 [Links].
6. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones de la Organización Panamericana de la Salud con respecto a la propagación del nuevo coronavirus emergente. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Disponible en: https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_docman&view=download&alias=153-revisada-consideraciones-de-la-ops-ncov-china-final&category_slug=technicaldocumentation&Itemid=1094 15/04/2020 [Links].

Capítulo 711

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

1 Introducción

Las acciones de eliminar la suciedad y controlar la población bacteriana de un lugar, aparato o utensilio, se definen como tareas de limpieza y desinfección.

Podemos ver zonas u objetos que están limpios, es decir, a simple vista, no tienen manchas de ningún tipo, pero no por ello están desinfectados.

Una cocina hospitalaria es aquella en la que se realizan las dietas para los enfermos hospitalizados y requiere de una limpieza y desinfección exhaustivas, ya que los alimentos van dirigidos a personas con problemas de salud o a los que se les haya practicado algún tipo de cirugía y susceptibles de contraer infecciones bacterianas.

También, la alimentación, es parte importante en la estancia y recuperación de estos pacientes.

Con la limpieza se pretende eliminar la suciedad visible y con la desinfección, las bacterias y microorganismos que supongan una amenaza nociva o infecciosa para las personas.

El Pinche de cocina que trabaja en un hospital, titular del Certificado de Manipulador de Alimentos, tiene que ser conocedor de las técnicas adecuadas para la limpieza y desinfección de todo aquello que se encuentre en el lugar en el que presta sus servicios.

Del mismo modo, deben ofrecérsele todas las herramientas para la realización de dichas tareas.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretenden dejar claras las actividades que tiene que realizar un pinche de cocina en cuanto a limpieza y desinfección de la zona en la que trabaja.

3 Metodología

Para este escrito, se ha hecho una búsqueda bibliográfica en bases de datos de internet, como por ejemplo SCielo y Pubmed. Se han extraído los datos que se consideran más importantes, desechando los menos relevantes y se ha llegado a los siguientes resultados.

4 Resultados

Es importantísimo, en una cocina hospitalaria, contar con un plan de limpieza y desinfección, y con las herramientas necesarias para ello, para garantizar la salubridad de las dietas que llegan a los pacientes, tanto en la preparación de la materia prima, como en la elaboración y el transporte de dichos alimentos.

Este plan tiene que estar basado concretamente en los llamados "marcha adelante y cruce de circuitos".

Esto quiere decir, que se tienen que definir claramente las distintas zonas donde se preparan diferentes productos y de elaboración, pero también las zonas de sucio o de lavado, para evitar cruces entre salas, que puedan poner el peligro a los alimentos.

Además, debe cumplirse con las frecuencias de limpieza y desinfección estipuladas en dicho plan.

El procedimiento de limpieza, tanto de zonas de trabajo, como de aparataje o utensilios, se divide en varias partes:

- Prelavado: retirar todos los restos de productos alimenticios o comida elaborada y desecharlos. Es decir, la retirada de la suciedad más visible. En caso de usarse tren de lavado o lavavajillas, es recomendable, pasar antes los elementos manuales por el grifo en los fregaderos instalados en la cocina.
- Limpieza: tanto de forma manual como en lavavajillas, es la acción de aplicar los detergentes adecuados y desinfectante, siempre siguiendo las instrucciones del fabricante. Hay que recordar, que estos productos necesitan un tiempo de acción, por ello en caso de limpieza dentro de maquinaria, se realiza en una cinta rodante, y el lavavajillas está dividido en cuerpos, realizándose en cada uno, una parte del proceso.
- Enjuague inicial: es la aplicación de agua abundante para la retirada del detergente y pasar a la etapa de desinfección.
- Desinfección: es la aplicación de productos que eliminan bacterias, hongos y todos los elementos nocivos para la alimentación humana. Muchos productos de limpieza también son desinfectantes, por lo que esta parte del proceso y la anterior, pueden ir juntas.
- Enjuague final: se procederá de la misma forma que con el enjuague inicial, para retirar todos los productos de limpieza y desinfección que puedan haber quedado.
- Secado: se realiza al aire, con lo cual, en los lavavajillas industriales de varios cuerpos, el último es aquel por el que circula el aire caliente, que retira todo el agua sobrante.

5 Discusión-Conclusión

Es imprescindible, que el Pinche de cocina que trabaja en un hospital, conozca el plan de limpieza y desinfección, las partes en que se realizan, los productos a emplear y la frecuencia con que debe hacerlo.

Hay que tener en cuenta, que en una cocina que prepara las dietas de un número tan elevado de personas y con unos problemas de salud y patologías, el simple hecho de pasar por alto alguna de las partes de la limpieza y desinfección, puede perjudicar a todos los pacientes que compartan la misma dieta o el mismo producto utilizado o elaborado.

Por muy bien que lleguen las materias primas a la cocina de un hospital, por muy bien que se elaboren las dietas, aunque se transporten de una forma correcta, una mala realización de la limpieza, puede mermar la salud de todas las personas hospitalizadas.

6 Bibliografía

https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/publicaciones/seguridad_alimentaria/restauracion_hospitalaria.pdf

"Normativa relativa los manipuladores de alimentos". "Guía de implantación de autocontrol en la cocina hospitalaria. Plan APPCC".

Xunta de Galicia <https://www.areasaludcaceres.es/docs/files/1201img.pdf>

"GUÍA BÁSICA GESTIÓN DE LA LIMPIEZA PARA CENTROS SANITARIOS (ANEXO II AL PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS)"

JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Consumo

Capítulo 712

LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO ENTRE CELADORES Y PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

ENCARNA LOPEZ CABALLERO

RAÚL MARTÍN GARCÍA

MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS

MARÍA BERNARDA DOMENECH BUELE

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

1 Introducción

En el complejo y crucial mundo de la atención médica, la colaboración entre celadores y profesionales de la salud es un componente fundamental para garantizar un servicio eficiente y de alta calidad. Los celadores, con su papel esencial en el ámbito hospitalario y de cuidado, y los profesionales de la salud, quienes brindan diagnósticos y tratamientos, deben unir esfuerzos para lograr un objetivo común: la mejora del bienestar de los pacientes, tanto en la atención de pacientes ingresados en planta, como la atención de los pacientes tratados de manera ambulatoria, y no pernoctan en el centro.

El trabajo en equipo entre celadores y profesionales de la salud es una concordancia que va más allá de las tareas cotidianas. La interacción fluida y respetuosa entre las diferentes categorías es esencial para el correcto funcionamiento de cualquier atención médica, enriqueciendo la vida de quienes depositan su confianza en el sistema sanitario. Los pacientes se sienten desorientados, al permanecer fuera de su entorno, y preocupados por su dolencia o por las posibles pruebas diagnosticadas por el personal sanitario; tanto celadores como personal clínico, pueden intentar mermar esta preocupación, al mostrar un trato amable, cercano y empático, actuando en equipo hacia la consecución del objetivo final.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es mostrar la importancia del trabajo en equipo, entre celadores y resto de profesionales de la salud, dentro de un entorno sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva entre los diferentes buscadores de internet, donde se han podido consultar varias páginas referentes al tema a tratar, obteniendo la información que se muestra a continuación.

4 Resultados

A continuación se destacan algunas de las razones más importantes que hacen que esta colaboración sea de vital importancia:

1. Seguridad del paciente: La comunicación y coordinación adecuada entre celadores y profesionales de la salud son fundamentales para garantizar la seguridad de los pacientes. Trabajar en equipo permite una mejor comprensión de las necesidades individuales de cada paciente y reduce la posibilidad de errores médicos o incidentes no deseados.
2. Humanización de la atención: La colaboración estrecha entre celadores y profesionales de la salud contribuye a humanizar el proceso de atención médica. La empatía y el respeto mutuo fomentan un ambiente de cuidado y apoyo, lo que puede mejorar significativamente la experiencia del paciente durante su permanencia en el centro sanitario.

3. Eficiencia y fluidez: El trabajo en equipo permite que cada miembro contribuya con sus habilidades específicas para lograr un flujo de trabajo armonioso y eficiente. Mientras los profesionales de la salud se centran en la atención médica directa, los celadores se encargan de los aspectos asistenciales, como el traslado de pacientes, la preparación de salas y el mantenimiento del entorno sanitario.
4. Resolución de problemas: En situaciones de emergencia, el trabajo en equipo se vuelve crucial. Los celadores y profesionales de la salud deben colaborar para enfrentar desafíos inesperados y tomar decisiones rápidas y acertadas para proteger la vida y la salud de los pacientes.
5. Sinergia y crecimiento profesional: El trabajo en equipo propicia la oportunidad de aprender de otros compañeros de trabajo, compartir conocimientos y desarrollar habilidades complementarias. La interacción entre celadores y profesionales de la salud puede impulsar el crecimiento profesional y crear un ambiente propicio para la formación continua.
6. Conexión del personal: La colaboración entre celadores y profesionales de la salud crea un sentido de unidad dentro del personal hospitalario. Esta unión mejora la moral y la satisfacción laboral, lo que a su vez se traduce en una mayor dedicación al cuidado de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo en equipo entre celadores y profesionales de la salud es un pilar fundamental para el buen funcionamiento y la calidad de la atención médica en cualquier institución sanitaria. La combinación de habilidades, responsabilidades compartidas y la sinergia entre ambos grupos permiten brindar un servicio de excelente calidad, centrándose en el bienestar y la recuperación de los pacientes, tanto los que permanecen hospitalizados, como los tratados de manera ambulatoria. Fomentar la colaboración y el respeto mutuo entre todos los miembros del equipo de salud es una valiosa inversión que repercute en la salud y en el bienestar, tanto de pacientes como de trabajadores.

6 Bibliografía

- Tema-10-Celador-SAS.pdf (comoenclaseformacion.es)
- CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS: Tema 7. Equipo de trabajo. Trabajo en Equipo
- La-organizacion-en-las-instituciones-sanitarias.pdf (opomania.net)

Capítulo 713

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: ZONA DE EMPLATADO

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

1 Introducción

Tan importante es la materia prima, la elaboración de los productos, el envasado y su almacenaje, como el emplatado y transporte de las comidas a los pacientes. La cinta de emplatado de una cocina hospitalaria, funciona como una cadena, en la que cada eslabón es imprescindible para la correcta ejecución de la tarea.

Cada Pinche debe saber en qué puesto debe colocarse, qué debe emplatar, la cantidad, qué utensilios necesita para ello, dónde se encuentran los alimentos ya elaborados para reponer y debe haberse fijado en la forma de emplatado del "plato testigo", para realizar su labor de la misma manera.

En la cocina del Hospital Universitario de Toledo, para el transporte de las dietas, se utilizan carros isotérmicos. Estos carros se componen de dos partes separadas por una hendidura por donde se desliza la bandeja. En la parte izquierda, de frente

al carro, deben ir los platos calientes y en la derecha, los platos fríos, postres, pan, cubiertos, etc. Si el trabajador se confunde y lo introduce al revés, estropeará todo el trabajo al cruzar las temperaturas, habrá que desechar todo y comenzar de nuevo con el emplatado, con el consiguiente retraso en el horario de comidas de los pacientes hospitalizados.

2 Objetivos

Con este capítulo, los autores arriba indicados, exponen los puestos de cada Pinche de cocina en la cinta de emplatado y su labor.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como SCielo o PubMed y en plataformas de internet. Se ha hecho una revisión de los datos extraídos, desechando los que se consideran menos importantes y se ha redactado el siguiente documento.

También se ha tomado información por parte de algunos autores, por su experiencia como pinches de cocina en el Hospital Universitario de Toledo y otros hospitales del Complejo Hospitalario de Toledo.

4 Resultados

La cinta móvil de emplatado en la cocina hospitalaria del Hospital Universitario de Toledo, se compone de los siguientes puestos:

- Bandejas: este puesto se encuentra en la cabecera de la cinta. El empleado de este puesto, debe de tener a su alcance el número de bandejas suficientes para emplatar todas las dietas que se servirán en el hospital. Pondrá la bandeja sobre la cinta y la tarjeta identificativa del paciente con nombre y apellidos, servicio médico donde se encuentra hospitalizado, planta y habitación y cama; dieta concreta adaptada a su dolencia y todos los platos y productos que conlleva dicha dieta.
- Cubiertos y pan: este trabajador se encuentra en el lado izquierdo de la cinta de emplatado. Es el encargado de poner en la bandeja, el tipo de pan que se especifica en la tarjeta de cada paciente y el cubierto, ya sea completo, cuchara o desechable. Debe haberse preparado los cubiertos y el pan necesarios para realizar todo su trabajo.

- Segundos platos: se encuentran a la derecha de la persona que pone las bandejas y frente a los cubiertos y el pan. Se encarga de emplatado los segundos platos, según le indique la tarjeta y de colocarlo en la bandeja en el lado caliente.
- Primeros platos: este puesto se sitúa detrás de los cubiertos y el pan. Emplata los primeros platos, ya sean calientes o fríos, en caso de ensaladas y sopas frías. Según su temperatura, deberá colocarlo en la zona de productos calientes o fríos de la bandeja.
- Guarniciones: el pinche que se sitúa en este puesto, es el encargado de poner las guarniciones en los segundos platos. Se coloca a su espalda y de frente al trabajador de los primeros platos.
- Postres y agua: detrás de la persona de las guarniciones, este empleado pone en la zona de frío de la bandeja el postre especificado en la tarjeta y la botella de agua. En caso de que el primer plato sea ensalada, pondrá también los condimentos a añadir en la misma.
- Tapas: enfrente de la persona encargada de postres y agua, el pinche se encarga de tapar los platos, los primeros que normalmente suelen ser en boles redondos y los segundos en bandejas de 21 cms. De esta forma, se evitan salpicaduras en el transporte.
- Introducción de bandejas en los carros: en este punto, el pinche, con todos los elementos dispuestos en la bandeja, introduce las mismas en el carro isotérmico, teniendo cuidado de colocar correctamente la parte caliente y la fría.

Una vez realizado el emplatado y habiéndose señalado cada carro con la planta a la que tienen que ir las dietas, se procederá al transporte y a la entrega de las comidas a cada uno de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que cada trabajador en la cinta de emplatado sepa el puesto que debe ocupar, lo que necesita para el emplatado, en qué parte de la bandeja debe colocarlo y las cantidades a emplatado.

Debe permanecer atento a la cinta móvil para leer la tarjeta identificativa de cada paciente, donde van imprimidas la dieta y las características de la misma.

Cualquier error, despiste o ralentización, supone tener que parar la cinta y si se hace de manera repetitiva, puede llegarse a extralimitar el tiempo de emplatado y que las dietas lleguen tarde a los pacientes.

El pinche debe tener especial cuidado a la hora de emplatado dietas especiales.

6 Bibliografía

<https://agscampogibraltaroeste.es/wp-content/uploads/2021/07/PO03.-EMPLATADO-Y-DISTRIBUCION.pdf>

"PROCEDIMIENTO OPERATIVO PO03. EMPLATADO Y DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS"

Hospital Punta Europa. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias.
<https://congresosicepa.com/emplatado-comida-cocina-hospital/>

"Emplatado de comida en la cocina de un hospital"

III Congreso Virtual SICEPA - USIPA "2023: Sanidad, un trabajo en equipo"
17/06/2022

Capítulo 714

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: LABOR DE LIMPIEZA DE CARROS ISOTÉRMICOS

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

1 Introducción

En la cocina de un hospital, debe cuidarse la preparación de materias primas y de productos intermedios, ya que serán la base de las dietas para los pacientes, una vez se haya realizado el proceso de elaboración.

Se seguirán todas las medidas higiénico sanitarias obligatorias, durante su manipulación y elaboración.

Tras todo esto, se envasan, almacenan y a la hora marcada para ello, se procede al emplatado de las dietas en las bandejas individuales de cada paciente.

Las bandejas con todo lo necesario para la ingesta del paciente, se introducen en los carros de transporte y se llevan hasta la planta. Allí, el Pinche de Cocina, da cada bandeja individual e identificada nominativamente, al Auxiliar de Enfermería, encargado de entrar a la habitación y ofrecérsela al paciente.

Se puede ser extremadamente escrupuloso a la hora de preparar y elaborar todas las dietas, pero la limpieza también es esencial.

Si se ha hecho todo el trabajo siguiendo las medidas necesarias, pero luego, el carro en el que se transportan las dietas, tiene algún resto de comida de los anteriores turnos, puede estropear por contaminación cruzada, todo lo que dentro de él se encuentre y poner en riesgo la salud de todos los pacientes de una misma planta hospitalaria.

2 Objetivos

Se pretende explicar con este capítulo, la forma de limpiar los carros isotérmicos por completo, extrayendo todas sus partes, para una limpieza y desinfección correctas.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha hecho una búsqueda bibliográfica en revistas científicas, artículos y otra literatura centrada en el tema.

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

4 Resultados

Durante el transporte de las dietas a las plantas, por algún tipo de obstáculo, el carro puede moverse indebidamente y que en su interior, se produzca algún tipo de salpicadura a las paredes del mismo.

Cada vez que termina un servicio de comidas, el carro debe ser limpiado no sólo por dentro y fuera esquivando obstáculos del propio carro, sino quitando todas las partes extraíbles para llegar a todos los rincones.

Una vez limpiadas las paredes del exterior del carro y los paneles de las puertas, tanto por dentro como por fuera, extraeremos las columnas metálicas de cada lado, que sirven para separar las bandejas que se apilan unas sobre otras, para no tocarse entre ellas y para tener un espacio también entre ellas. Esto se hace levantando la pieza ligeramente y extrayéndola. Va anclada en cuatro partes.

Tras esto, en el panel intermedio de separación de la parte fría y la parte caliente y en la parte derecha e izquierda del interior de carro, hay unos listones blancos en

los carros de 36 bandejas y azules en los de 24, de un material plástico resistente a temperaturas bajas y altas, que se extraen apretando con el dedo hacia abajo y tirando de ellos hacia fuera.

Del mismo modo, extraemos la pieza metálica que separa las bandejas individuales que se introducen por cada una de las dos puertas frontales.

El siguiente paso es retirar los paneles aislantes que hay a la izquierda y a la derecha de las paredes interiores del carro. Simplemente, se introducen los dedos y se empujan hacia abajo, dos pinzas que se pueden ver acercándose. Esto hace que el panel aislante, se abra y deje espacio para limpiar esos rincones.

Se retiran todas estas partes, se limpian y desinfectan. además del carro completo por dentro y fuera y vuelven a colocarse en su orden, comprobando que encajan a la perfección y no llegan a descolocarse o caerse.

5 Discusión-Conclusión

Es importantísimo que el Pinche de Cocina hospitalaria conozca el carro isotérmico, las partes en las que se divide, las extraíbles, las formas de quitarlas y volverlas a colocar, para poder realizar una completa limpieza y desinfección.

Durante el transporte de las dietas a la planta de hospitalización, por obstáculos, al entrar en ascensores y demás, pueden ocurrir salpicaduras. También, al recoger las bandejas individuales, una vez que el paciente ha terminado, al introducirlas en el carro, este se puede manchar con restos de las mismas.

Si no se limpian los carros adecuadamente, esas salpicaduras pueden provocar en el siguiente turno de comidas, una contaminación importante en las nuevas dietas e incluso, contaminación cruzada, poniendo así en riesgo la alimentación de los pacientes.

6 Bibliografía

<https://www.comunidad.madrid/hospital/getafe/noticia/sistema-carros-isotermicos-mejora-calidad-comida-pacientes-hospital-getafe>

”Un sistema de carros isotérmicos mejora la calidad de la comida de pacientes del Hospital de Getafe”

Hospital Universitario de Getafe. Salud Madrid. <https://congresosicepa.com/cocina-hospitalaria-carros-limpieza/>

”Cocina hospitalaria: carros de transporte y almacenamiento del menaje. Características y procedimiento de limpieza”

III Congreso Virtual SICEPA - USIPA "2023: Sanidad, un trabajo en equipo"
<https://degerman.es/mantenimiento-limpieza-y-desinfeccion-de-contenedores-isotermicos/>

"Mantenimiento, limpieza y desinfección de contenedores isotérmicos"

DEGERMAN. Thermoproducts

Capítulo 715

EL CELADOR: TIPOS DISTINTOS DE CELADOR EN UN COMPLEJO HOSPITALARIO

JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS

1 Introducción

Dentro de la categoría profesional de Celador, existen unas funciones generales. Pero en un hospital, o complejo hospitalario, este trabajador presta sus servicios en múltiples puestos, siendo la categoría con el mayor número de trabajadores en este sector. Y en cada puesto, tiene también unas funciones específicas. Este empleado, una vez se requieran sus servicios, debe estar perfectamente informado del lugar donde va a trabajar y de las funciones particulares a realizar. Por ejemplo: si realiza su labor en planta de hospitalización de Psiquiatría, deberá ser conocedor del tipo de pacientes con los que trata, a veces, enfermos violentos y peligrosos. También, que tendrá que vigilar su aseo, la toma de medicación, que utilicen bien las instalaciones comunes e individuales, etc.

En el servicio de Urgencias, se encargará de acompañar a los pacientes a las distintas salas de atención sanitaria y de trasladarlos él mismo, en caso de llegar en silla de ruedas o camilla.

Debe conocer los distintos tipos de posturas del enfermo encamado y saber realizar los cambios adecuados en las mismas.

A continuación, vamos a enumerar los principales tipos de celadores que existen en un complejo hospitalario y, muy brevemente, alguna de sus funciones particulares en cada uno de los puestos.

2 Objetivos

Con este capítulo los autores arriba nombrados, quieren exponer los distintos tipos de celadores que existen en los hospitales y algunas de sus funciones a realizar.

3 Metodología

Para la realización y redacción de este capítulo, se ha hecho una búsqueda bibliográfica en bases de datos como PubMed o SCielo, se han revisado todos los datos extraídos, desechando los menos importantes y tomando los más relevantes. En el campo Resultados, se encuentra dicho capítulo confeccionado.

4 Resultados

Diferentes tipos de celadores en un complejo hospitalario:

- Celador de Urgencias: ayuda a los pacientes que acudan a demandar asistencia sanitaria, por medios propios o en ambulancias, traslada a pacientes en sillas de ruedas o camillas y acompaña a los que se sirvan por sí solos, a las salas de pruebas asignadas. Dará información general, nunca sanitaria ni administrativa y vigilará la puerta principal.
- Celador de planta: se encarga de los pacientes recién llegados, traslada a todo aquel que vaya a someterse a prueba o intervención, en su higiene para tal efecto, en su movilización y ayudará a los sanitarios en lo que le demanden. También se encarga del traslado de documentación, prueba, aparataje y mobiliario. Vigilará la entrada y salida de visitas.
- Celador de Quirófano: traslada al paciente a la sala de operaciones, ayuda en su cambio a la mesa para la intervención, sujetará al paciente si fuera el caso y

colaborará en los cambios posturales del mismo. También, como en el caso anterior, del traslado de todo lo necesario para la intervención. Realizará las tareas que se le demanden y llevará al paciente a la sala de reanimación cuando haya terminado el proceso.

- Celador de Cuidados Intensivos (UVI/UCI): realizará cambios posturales, vigilancia de los pacientes, ayuda a los sanitarios en su aseo y en todo en lo que se le demande. Traslado de documentación, aparataje y mobiliario.
- Celador de Rehabilitación: aquí traslada a los pacientes que estén encamados o en sillas de ruedas de las habitaciones en las que se encuentran hospitalizados. También ayudará a aquellos a los que se les va a realizar rehabilitación, pero vienen de sus domicilios. Colabora con los sanitarios en los cambios posturales y ejercicios a los pacientes.
- Celador de Necropsias: traslada a los fallecidos a la sala de autopsias, las pruebas y órganos a las salas de análisis y preparará al fallecido en cuanto a su higiene y amortajamiento.
- Celador de Animalario: se ocupará en todo lo referente a los animales para investigación científica y médica.
- Celador de Atención Primaria: se encarga de dar información a los pacientes de hacia qué sala deben acudir, ayudará a aquellos que no puedan valerse por sí solos y se encarga de que todas las salas estén provistas del material necesario a lo largo de toda la jornada laboral.
- Celador Vigilante: suele realizar su labor en la puerta principal de los hospitales y sirve de nexo entre el paciente o familiar y las salas o planta de hospitalización hacia dónde se tiene que dirigir. Se encarga del orden de entrada y salida del centro, de que el ambiente sea tranquilo y se encuentre en perfecto orden y limpieza.
- Celador de Almacén: traslada documentación y materiales a los distintos servicios hospitalarios del centro donde trabaja, del almacenamiento correcto de todo lo que en el servicio se encuentre y realizará trabajos de fotocopias y toda la maquinaria de reproducción de documentos.

Estos son, a grandes rasgos, los puestos más habituales de Celador y sus funciones.

5 Discusión-Conclusión

El trabajador de la categoría profesional de Celador, una vez que ha sido contratado, debe ser informado, tanto del puesto concreto en el que va a trabajar, como de las funciones particulares a realizar en el mismo.

Tiene que tener muy claras sus funciones, los riesgos y peligros si hubiera, en el puesto asignado y saber reconocer y realizar los cambios posturales de los pacientes.

Debe tener conocimientos de ergonomía, ya que en muchos casos, debe trasladar a los enfermos de una cama a otra y realizarles cambios posturales.

Sobre todo, debe saber que nunca puede dar información sanitaria o administrativa.

6 Bibliografía

<https://enfermeria.top/apuntes/celador/tipos-de-celadores/>

”Tipos de Celadores y sus Funciones”

E.Top <https://www.formacioncarpediem.com/blog/tipos-celador-en-la-sanidad/>

”Tipos de celador en la sanidad”

Carpe Diem 10-01-2022

Capítulo 716

EL CELADOR: LA NECROFOBIA Y OTROS RIESGOS PSICOLÓGICOS EN SU LABOR

JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS

1 Introducción

Por mucho que las personas que prestan sus servicios en hospitales, intenten que la situación de los pacientes no les afecte, en muchas ocasiones, les provoca problemas psicosociales.

Trabajan diariamente con personas enfermas, con dolencias que sufren, incluso, con personas que fallecen y los familiares de estos que están pasando por situaciones muy tristes.

En las bolsas de trabajo de las gerencias hospitalarias, al celador se le exige únicamente el título de Graduado Escolar o Graduado en ESO, con lo cual, no ha tenido una formación adaptada para enfrentarse a según qué tipo de situaciones, como pueden hacerlo los médicos, enfermeros/as y otro tipo de sanitarios.

El trabajo continuo, tanto físico, como el esfuerzo mental, le pueden llevar a tener problemas de salud importantes, pero los de salud mental, no son visibles y pueden pasar desapercibidos.

Es muy importante que el celador sepa detectar los síntomas de una enfermedad psicológica, como tristeza, depresión, etc. y que, lo antes posible, acuda a un profesional, ya que la terapia y la medicina psiquiátrica, pueden ayudar e impedir que esa afección vaya a más.

Por parte del servicio de Salud Laboral, deberían darse charlas al respecto de este tema y ayudar a los trabajadores a prever problemas graves de salud.

2 Objetivos

Explicar los problemas psicológicos, además de los físicos, que pueden afectar a las personas que prestan sus servicios como Celador en los hospitales.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha hecho una búsqueda bibliográfica en PubMed y SCielo, por ejemplo y en plataformas de internet. Se ha hecho una revisión sistemática de todo lo extraído, se han tomado los datos más importantes y se ha llegado a la redacción de este documento.

4 Resultados

La categoría profesional de Celador en centros hospitalarios, sufre un estrés importante que puede dañarle tanto física, como psicológicamente.

Realiza la totalidad de su jornada, rodeado de personas enfermas.

La tensión en su labor, se ha visto notablemente incrementada por la pandemia de la COVID-19, con una alta tasa en mortalidad.

Si además, trabaja en plantas de hospitalización con un número de decesos alto, como es el caso de UVI, planta de Medicina Paliativa o Urgencias, su situación se agrava.

El celador puede presentar síntomas de cansancio físico y emocional, acabando en depresión, tristeza y ansiedad que traslada a su entorno social, personal y familiar.

Debido a la rutina, pueden llegar a despersonalizar a los pacientes, tratándoles como meros objetos, llegando a perder el respeto hacia ellos.

Pueden desarrollar baja autoestima y depresión, que les llevará a enfermedades mentales más graves, si no toman medidas.

Todo esto y sumado al esfuerzo físico, podrían llegar a sufrir molestias gastrointestinales, alteraciones del sueño, fatiga, ansiedad, etc.

Un gran número de trabajadores en esta categoría, llegan a desarrollar necrofobia, es decir, miedo a la muerte, los cadáveres y a todo ello relacionado con los mismos.

Estar en presencia de una persona fallecida o con enfermos muy graves, pueden sufrir de taquicardia, aumento elevado en la frecuencia respiratoria, sudoraciones, pánico, desmayos, etc.

Hay que recordar que estos trabajadores no son sanitarios, con lo cual, no se han preparado académicamente para este tipo de situaciones, como si han podido hacerlo médicos, enfermeros/as y otro tipo de personal sanitario.

Los servicios de Riesgos Laborales, deben formar a estos trabajadores para detectar cualquier síntoma que puede poner en riesgo su salud mental y acudir a personal médico de inmediato.

5 Discusión-Conclusión

Es importantísimo que el celador sea consciente de los riesgos, no ya solo físicos de su labor, sino de los psicológicos, siendo estos invisibles y difíciles de detectar por los demás.

No es un trabajo fácil mentalmente hablando, ya que continuamente está en contacto con personas enfermas que pueden llegar a fallecer.

Debe saber detectar los síntomas de cualquier afección psicológica, para acudir a pedir ayuda y que no llegue a afectarle en su vida social, personal y familiar.

De lo contrario, pueden acabar en depresiones severas, ansiedad, fobias, trastornos mentales y un largo etcétera.

Las gerencias hospitalarias deberían formar a estos trabajadores para que no lleguen a estos extremos en su salud física y mental.

6 Bibliografía

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-sindrome-de-burnout-en-los-celadores-en-los-centros-sanitarios/#::text=Depresi%C3%B3n%3A%20Los%20celadores%20pueden%20experimentar,problemas%20digestivos%20y%20fatiga%20cr%C3%B3nica.>

”El síndrome de burnout en los celadores en los centros sanitarios”

RSI: Revista Sanitaria de Investigación. 31 de diciembre de 2022 <https://revistamedica.com/necrofobia-riesgo-psicosocial-celador-anatomia-patologica/>
"LA NECROFOBIA COMO RIESGO PSICOSOCIAL DEL CELADOR EN ANATOMÍA PATOLÓGICA"

Ocronos. Vol. III. Nº 1 – Mayo 2020. Pág. Inicial: Vol.III;nº1:9

Capítulo 717

EL CELADOR HOSPITALARIO: EL TRATO CON EL PACIENTE

MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS

JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

1 Introducción

La categoría profesional de Celador, es la que tiene el número más alto de personal contratado en todos los hospitales de España.

Tiene unas funciones generales, pero según el servicio donde trabaje, tiene otras específicas.

El Celador tiene un trato directo con el paciente, ya que es el que le guía, acompaña, traslada, cuida y atiende, tanto a la hora de acudir a un centro sanitario, como durante su hospitalización.

Ayudan en la movilización del paciente, en los cambios posturales, en la higiene personal, en la colocación y retirada de cuñas, con lo cual, su labor es muy personal en el trato con el enfermo.

Cuando una persona fallece, se encargan de su traslado de la cámara frigorífica a la mesa de autopsias y viceversa, pero también debe tratar al cadáver para que

tenga un buen aspecto delante de sus familiares: le limpia, peina y rellena las partes huecas.

En cuanto a un paciente terminal, el celador es una parte importante en su asistencia, ya que debe proporcionarle intimidad, comodidad y serenidad en los últimos días de su vida.

También debe tratar con los familiares, por lo que un trato correcto, educación, respeto y empatía, son características que un Celador debe tener.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende exponer, el correcto trato del Celador con el paciente que acude a un centro sanitario.

3 Metodología

Para el presente capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica de literatura científica, de acuerdo con el tema elegido. Se ha hecho una revisión de todos los datos extraídos, desechando lo menos relevante y se ha llegado a la redacción del siguiente documento.

4 Resultados

A la categoría profesional de Celador en Sanidad, el requisito mínimo que se le exige para poder trabajar, es el certificado de Graduado Escolar o Graduado en ESO. Con lo cual, carecen, en general, de una preparación específica a la hora de tratar con pacientes y enfermos.

Esto les puede llevar a cometer errores importantes.

Para realizar cambios posturales, debe ser conocedor de las diferentes posturas de una persona encamada y de realizar dichos cambios adecuadamente, tanto para cuidar su salud física, como para no causar daño al enfermo.

También, debe saber de qué forma tiene que trasladar a los pacientes en silla de ruedas, camilla o cama, para evitar golpes o sobresaltos para el enfermo.

En cuanto a la comunicación verbal con el paciente, nunca deberá quejarse delante de él, por ejemplo, por su trabajo, por las condiciones del hospital, etc.

Debe intentar acoger al paciente hablándole por su nombre, demostrando así interés. Es decir, personalizando el trato con él.

Debe escuchar y hacer las preguntas necesarias, sin extralimitarse.

Deberá evitar terminología científica y nunca dará información sobre pruebas, diagnósticos o tratamientos a realizar al paciente ni de los que se han hecho a otros pacientes en casos similares de la dolencia que le aqueja.

Debe mostrar respeto y educación, nunca discutir ni con enfermos ni familiares, intentar relajar situaciones, informando a la persona con la que habla, de que en todo momento se intentará solucionar el problema o demanda.

En caso de cometer error, deberá reconocerlo y pedir disculpas.

Dedicarle el tiempo necesario a cada paciente y una vez realizada su tarea, despedirse de él de una forma cordial.

Siempre, tratará al paciente haciéndole ver que se está haciendo todo lo posible para ayudarle en su situación sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

El Celador debe conocer sus funciones y realizarlas de una forma adecuada, pero al tratar directamente con los pacientes, debe cumplir también unos requisitos a la hora de interactuar.

La educación, el respeto y la empatía son fundamentales, pero una comunicación correcta con el paciente, servirá para tranquilizarle, sentirse importante y demostrarle la intención por parte de todos, de solucionar su problema de salud.

Cualquier discusión puede alterar al enfermo, pero también al resto de pacientes que se encuentran esperando o ingresados en la misma planta de hospitalización. Deberá ser siempre respetuoso con la información que da al paciente y a los familiares y nunca deberá informar de aquello que no le compete.

6 Bibliografía

<https://opositador.com/errores-comunes-que-un-celador-debe-evitar-288>

"Errores comunes que un celador debe evitar"

"Técnicas fundamentales para tratar con los pacientes, familiares, usuario..."
opositador.com <http://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html>

"Tema 1. El Celador: Funciones Generales"

Celadores online de instituciones sanitarias

Capítulo 718

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: LABOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ELENA GALÁN MORANTE

ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ

EVA MARIA LOBATO DIAZ

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

1 Introducción

El servicio de Urgencias es una parte importantísima en un hospital y es un conjunto de recursos, junto a un equipo muy extenso de trabajadores, tanto sanitarios como no sanitarios, que realizan su labor con el fin de ofrecer una asistencia sanitaria urgente y multidisciplinar.

Debe estar siempre situado en una zona perfectamente accesible, tanto para vehículos particulares, como para ambulancias, así como para usuarios que acuden a pie.

Al llegar a Urgencias, el primer paso es ser identificados por el trabajador con categoría profesional de Auxiliar Administrativo, que nos realizará el ingreso en las aplicaciones necesarias, para poder ser atendido a la mayor brevedad posible, de acuerdo a nuestra dolencia.

Su puesto debe estar frente a la puerta de entrada y lo más cerca posible, con un espacio prudencial para que los pacientes, puedan formar fila, mientras esperan a ser atendidos.

Cerca de este puesto, estará la sala de espera de los familiares que hayan acompañado al enfermo.

Este trabajador debe contar con unas habilidades propias de su puesto de trabajo, pero también, con otras sociales, debido a que constantemente tiene trato con pacientes y familiares, preocupados por un problema de salud.

A continuación, expondremos brevemente, la labor del Auxiliar Administrativo, en la recepción de pacientes en Urgencias hospitalarias.

2 Objetivos

Mostrar, a grandes rasgos, las funciones del Auxiliar Administrativo que presta su labor en el servicio de Admisión de Urgencias de un centro hospitalario.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica de literatura con respecto al tema del trabajo del Auxiliar Administrativo en Urgencias, se ha hecho una revisión de todos los datos, desechando los menos importantes y desarrollando los resultados que más abajo se muestran.

4 Resultados

La tarjeta sanitaria, el D.N.I. o el N.I.E., son la llave de entrada al sistema sanitario a la hora de ser atendidos en el servicio de Urgencias. Pero en España, este tipo de asistencia nunca podrá ser negada ni cobrada, aunque el paciente que acude, no tenga documentación o no esté en regla.

El Auxiliar Administrativo es el encargado de acoger a los pacientes, registrarlos en el sistema y abrirles lo que se denomina en Sanidad, Historia Clínica, obteniendo información mediante preguntas.

Realizado este paso, le entregará al Celador la pulsera de identificación del paciente y el documento con sus datos y las dolencias por las que acude a ese servicio. El Celador colocará al paciente la pulsera, para que en caso de desmayo o inconsciencia, siempre pueda ser identificado.

El Auxiliar Administrativo enviará la Historia Clínica a triaje por la intranet del hospital, para que pueda ser derivado lo antes posible, a las salas donde será atendido.

Este trabajador será el encargado de realizar y enviar toda la documentación, por ejemplo, en caso de partes de lesiones, a los juzgados, accidentes de trabajo a las mutuas o de tráfico a las autoridades competentes.

También, realizará los ingresos a la planta correspondiente, según dolencia o patología de los pacientes que necesiten hospitalización y les asignará habitación y cama.

Al servicio de Urgencias, suelen acudir los pacientes preocupados, nerviosos o impacientes y, a veces, pueden llegar a provocar situaciones de estrés, agresividad e incluso violencia.

Por ello, el Auxiliar Administrativo, debe contar con habilidades sociales, sabiendo controlar las situaciones, a ser posible, tranquilizando al paciente o familiar para no empeorar el problema.

Siempre tratará de una forma igualitaria a todos los usuarios, independientemente de su edad, sexo, raza étnica, colectivo, religión o aspecto.

Nunca hará comentarios sobre diagnósticos, tratamientos o pruebas a los pacientes, ni nada que pueda confundirles o molestarles.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el Auxiliar Administrativo que presta sus servicios en Urgencias, conozca sus funciones y el manejo de todas las aplicaciones y programas informáticos a utilizar en su jornada laboral.

Pero también, debe contar con habilidades sociales, para ser capaz de enfrentar situaciones tensas, ya que los usuarios que acuden a Urgencias, lo hacen por un problema de salud que les preocupa y con la impaciencia de querer ser atendidos a la mayor brevedad posible.

También, debe tratar a todos los usuarios/pacientes con el mismo respeto y educación, obviando la condición de los mismos, respecto a raza, etnia, cultura, religión, sexo, colectivo, etc.

6 Bibliografía

<https://www.ccoo.es/76c78a770ce6a44252c6b6108b5b65b4000001.pdf>

”ASISTENCIA SANITARIA A PERSONAS SIN PERMISO DE RESIDENCIA EN ESPAÑA”

Confederación sindical de comisiones obreras www.ccoo.es

Secretaría de Protección Social y Políticas Públicas <https://revistamedica.com/funciones-laborales-administrativo-urgencias/>

"QUÉ HACE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE URGENCIAS"

Ocronos. Vol. VI. Nº 3–Marzo 2023. Pág. Inicial: Vol. VI; nº3: 191 <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-servicio-urgencias/>

"EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL SERVICIO DE URGENCIAS"

Ocronos. Vol. III. Nº 8– Diciembre 2020. Pág. Inicial: Vol. III;nº8:249

Capítulo 719

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO Y EL USUARIO/PACIENTE CONFLICTIVO

ELENA GALÁN MORANTE

ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ

EVA MARIA LOBATO DIAZ

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

1 Introducción

La categoría profesional de Auxiliar Administrativo, junto con la de Celador, son las que tienen un número más elevado de personal contratado en Sanidad.

Cuando acudimos a un centro sanitario, o por ejemplo al servicio de Urgencias, la primera persona con la que nos encontramos es el Auxiliar Administrativo, encargado de registrar nuestros datos y darnos entrada a la asistencia sanitaria. Evidentemente si demandamos este tipo de servicios, tenemos una preocupación o nerviosismo, ya que lo hacemos debido a un problema de salud.

A veces, ese nerviosismo o preocupación, puede derivar en impaciencia y frustración por tener que esperar a ser atendido.

En el servicio de Urgencias, se atiende mediante proceso de triaje, es decir, según la gravedad de los síntomas del paciente, así será de rápida la atención que se le preste.

El Auxiliar Administrativo, en ocasiones, se enfrenta a usuarios/pacientes agresivos o violentos, y debe contar con habilidades sociales adecuadas para poder manejar esas situaciones.

También, debe saber distinguir qué tipo de paciente conflictivo es al que se enfrenta, para actuar de una forma adecuada.

En caso de verse incapaz, deberá pedir ayuda a compañeros o superiores o, si se está solo, presionar el llamado "botón del pánico" o cualquier otro instrumento para poder pedir ayuda.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende mostrar las distintas clases de pacientes conflictivos y la forma de actuar del Auxiliar administrativo frente a ellos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Según estudios realizados, aunque no hay mucha literatura al respecto, podemos encontrar los siguientes tipos de pacientes conflictivos y sus características:

- Paciente demandante: reiteradamente exige que se le realicen pruebas diagnósticas o terapéuticas, sin un diagnóstico previo.
- Paciente que rechaza: se niega a que se le realicen pruebas para poder diagnosticar su patología o incluso, llega a negarse a ser ingresado, si los médicos lo consideran necesario.
- Agresivo sin enfermedades mentales: actúa de una forma agresiva, tanto verbal como físicamente, de una forma desproporcionada.
- Litigador: muestra desacuerdo con todas las decisiones médicas, amenazando con denuncias o demandas contra los trabajadores y contra el sistema sanitario.
- Frecuentador en exceso: acude al servicio de Urgencias muy habitualmente, sin

síntomas que justifiquen cualquier tipo de patología y demandan asistencia urgente.

- Sin patología urgente: los que acuden a Urgencias, con síntomas que pueden ser tratados en centros de salud, sin ningún tipo de urgencia sanitaria.

- Paciente "conjunto": el que acude con varias o todas las características de los anteriores.

El Auxiliar Administrativo que se enfrenta a este tipo de pacientes, debe actuar de una forma tranquila, utilizar un lenguaje sencillo y asertivo, hacerle partícipe de la conversación, para demostrarle que la Sanidad se preocupa por su problema. No debe darle falsas expectativas ni ofrecerles soluciones que no están a su alcance, o no sean parte de su labor.

Puede ofrecerle alternativas de asistencia, siempre haciéndole entender que dichas alternativas, le ayudarán de una forma más eficiente y mejor para él y para el resto de usuarios/pacientes.

El Auxiliar Administrativo será conocedor de los derechos y deberes de los pacientes e informará de ello a los mismos, en caso de que demanden actuaciones sanitarias que no les corresponden.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el Auxiliar Administrativo sepa detectar el tipo de paciente conflictivo que acude a Urgencias.

Debe tener especial cuidado en la comunicación, evitar palabras o gestos que hagan que el usuario se agite más, le ofrecerá alternativas y siempre se le dejará claro que la intención del sistema sanitario, es la de ayudarle en el problema que demanda.

Nunca se discutirá con el usuario/paciente y en caso de no poder controlar la situación, se reclamará la ayuda de un compañero o superior y, en caso de ser consciente de que va a sufrir una agresión o la está sufriendo ya, presionar el llamado "botón del pánico" o aquella aplicación que tenga destinada a tal fin.

6 Bibliografía

1. <https://www.revclinesp.es/es-paciente-conflictivo-urgencias-definicion-tipologia-articulo-S0014256510002845?newsletter=true&code=PpoYIDQkzg9TlxVjZUcbA7auye1vBL>
2. Revista Clínica Española. Vol. 210. Núm. 8, páginas 404-409 (Septiembre 2010).
3. <https://revistamedica.com/situaciones-conflictivas-personal-pacientes/>.

4. "LAS SITUACIONES CONFLICTIVAS ENTRE EL PERSONAL NO SANITARIO Y PACIENTES, ACOMPAÑANTES, FAMILIARES O PERSONAS USUARIAS EN LOS CENTROS SANITARIOS"

Ocronos. Vol. IV. Nº 9–Septiembre 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº9: 194.

Capítulo 720

EL CELADOR HOSPITALARIO: PUNCIÓN ACCIDENTAL

MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

RAÚL MARTÍN GARCÍA

ENCARNA LOPEZ CABALLERO

MARÍA BERNARDA DOMENECH BUELE

1 Introducción

El personal que trabaja directamente con pacientes, el Celador por ejemplo, puede sufrir accidentes biológicos.

Al servicio de Urgencias, pueden acudir personas con altas concentraciones de alcohol en sangre, drogodependientes, personas con problemas psicológicos y otros tipos de patologías que pueden hacerles ser o estar agresivos e incluso violentos. Al llegar a demandar asistencia sanitaria, nadie realiza un registro de sus pertenencias, con lo cual, se puede dar el caso de que hieran a algún trabajador con un objeto punzante.

El Celador en ciertos servicios médicos y como parte de su labor, debe llevar muestras biológicas extraídas a los pacientes, a los diferentes laboratorios del hospital. Tiene que entrar a las habitaciones, ayudar a los enfermos a mover el mobiliario para comer, a levantarse, etc. Con lo cual, es susceptible de sufrir un

accidente por punción por una aguja, que algún sanitario haya dejado por olvido y no haya desechado en el contenedor adecuado.

Según un trabajo realizado en la bibliografía abajo indicada, se hizo una encuesta a 148 trabajadores sanitarios y no sanitarios en hospitales y el 20,66% de los encuestados, confirmaron que habían sufrido una punción accidental con agujas, mientras realizaban su labor.

Estos accidentes pueden ser un peligro para la salud del trabajador.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende explicar los pasos a tomar, en caso de accidente biológico ocurrido a un celador, mientras realiza su labor en un hospital.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos en bases de datos como SCielo o Pubmed, sobre el tema a tratar. Se han extraído los datos que se consideran más importantes, desechando los menos relevantes y se ha llegado a la realización del siguiente documento.

4 Resultados

El Celador hospitalario tiene, la mayoría de las veces, contacto directo con los enfermos.

Colabora con sus compañeros sanitarios, en la higiene personal de los pacientes, en cambios posturales, en su inmovilización para la realización de pruebas, etc. No es muy habitual, pero en alguna ocasión, por descuido al no desechar una aguja que ha sido utilizada en un paciente, el Celador sufra una punción accidental con la misma o que, por ejemplo, en la extracción, le salpique algún fluido del paciente.

En caso de punción accidental, en primer lugar, se debe extraer el objeto punzante, limpiar la herida con agua o suero fisiológico durante 2-3 minutos (nunca con lejía ni productos de limpieza). Se tapará la herida con un apósito e informando a su superior, se acudirá al servicio de Urgencias para abrir el protocolo de Accidente Biológico (AB).

En el servicio de Urgencias, el apósito le será retirado de la zona afectada, se volverá a limpiar y se presionará la zona suavemente provocando el sangrado. Se

procede a una tercera limpieza.

Se aplicará desinfectante (povidona yodada, clorhexidina) y se cubrirá con apósito impermeable.

Mediante entrevista con el paciente, el médico se informará de su calendario de vacunas, antecedentes serológicos y todo lo que pueda ayudar en el examen médico.

Se le realizarán pruebas analíticas de urgencia, debiendo firmar el accidentado los consentimientos informados para dichas pruebas.

Según los resultados de las analíticas realizadas al accidentado, el equipo médico determinará si necesita tratamiento médico y si este puede ser domiciliario, ambulatorio o si necesita ingreso hospitalario.

Por otro lado, su superior inmediato, con todos los datos ofrecidos por el trabajador en cuanto a la planta en la que ha sufrido el accidente, la habitación y la cama del paciente con el que se utilizó el objeto punzante, deberá investigar las enfermedades que tiene el mismo, sus antecedentes, patologías y todo aquello que pueda ayudar en la investigación de posibles contagios e infecciones.

Se localizará al trabajador que ha provocado el accidente y se tomará datos del mismo.

Informará al servicio de Medicina Preventiva y Salud Laboral y la gerencia hospitalaria, deberá realizar investigación y sancionar a la persona que ha provocado el accidente.

El Celador, por su parte, podrá tomar las medidas judiciales pertinentes, como directamente afectado.

5 Discusión-Conclusión

El Celador que presta sus servicios tratando con pacientes directamente, colaborando en el manejo de los mismos con profesionales sanitarios, puede llegar a sufrir un Accidente Biológico.

En ese caso debe actuar de inmediato, con el conocimiento por parte de su superior de lo ocurrido.

Deberán realizársele los análisis pertinentes para comprobar si ha sido contagiado por alguna enfermedad o infectado.

Debe ser consciente de que un accidente así, puede perjudicar gravemente su salud y que la falta de cuidado de otra persona, puede ser la causante del mismo. Tiene que abrirse de inmediato el protocolo AB y en caso de localizar a la persona que ha cometido la imprudencia, la gerencia hospitalaria, deberá sancionarle debidamente.

6 Bibliografía

1. "PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EXPOSICIONES ACCIDENTALES A MATERIAL BIOLÓGICO"

Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat. Marzo 2012 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000900002.

2. "Actitud a seguir en el caso de accidente biológico"

Medifam vol.12 no.9 oct./nov. 2002, versión impresa ISSN 1131-5768.

Capítulo 721

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO, SU OBLIGACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD. LEYES, SANCIONES Y PENAS

ELENA GALÁN MORANTE

ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ

EVA MARIA LOBATO DIAZ

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

1 Introducción

Según "La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LBAP)", en su artículo 7.1 establece que: "toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada en la Ley". A esto se une (cito y añado bibliografía en el apartado correspondiente) la "Ley de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, aprobada mediante Ley Orgánica 3/2018".

Todos y cada uno de los trabajadores en centros hospitalarios tienen, por ley, la obligación de tratar los datos de los pacientes/usuarios con total confidencialidad.

La categoría profesional que trata más y con más frecuencia con los datos de los usuarios o pacientes en centros hospitalarios, es el Auxiliar Administrativo. Debe ser conocedor de las leyes que amparan a todas las personas dentro del Sistema Nacional de Salud, tanto en el ámbito de sus datos personales como en los sanitarios. Nunca consultará, guardará o extraerá ningún tipo de dato para su uso particular o personal.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende explicar la obligación del Auxiliar Administrativo hospitalario de garantizar la confidencialidad de los datos que trata durante su labor.

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 hospitalario, tiene a su alcance una cantidad de datos, tanto personales como sanitarios, inmensa. Pero debe saber que si no trata esos datos con el respeto que le obliga la ley, puede tener consecuencias graves.

En caso de que este trabajador vulnere la confidencialidad de datos, será responsable civil de los daños y perjuicios ocasionados al usuario o al paciente, que se ocasionen por su falta de profesionalidad.

En el campo civil, la sanción será indemnizar económicamente a la persona contra la que se ha atentado en la violación de sus datos, según la cantidad que las competencias judiciales marquen para ello.

”Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales”.

En el ámbito penal, el castigo por vulnerar los datos personales o sanitarios de los pacientes o de hacerlos públicos (según ”Ley 41/2002, de 14 de noviembre,

básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”), será de entre 24 meses y 4 años de permanencia en prisión y prohibición de ejercer su profesión durante un máximo de 12 años.

En la parte administrativa, el trabajador tanto sanitario como no sanitario, en el que está incluido el Auxiliar Administrativo, estará sujeto a las sanciones descritas en (cito y anoto en bibliografía) la “Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud”.

En dicho documento, este tipo de falta se considera muy grave, en el artículo 72. Cito: “c) El quebranto de la debida reserva respecto a datos relativos al centro o institución o a la intimidad personal de los usuarios y a la información relacionada con su proceso y estancia en las instituciones o centros sanitarios”.

Las consecuencias para el trabajador según marca esta ley, en el artículo 73 para faltas muy grave son las siguientes (cito):

”a) Separación del servicio. Esta sanción comportará la pérdida de la condición de personal estatutario y sólo se impondrá por la comisión de faltas muy graves. Durante los seis años siguientes a su ejecución, el interesado no podrá concurrir a las pruebas de selección para la obtención de la condición de personal estatutario fijo, ni prestar servicios como personal estatutario temporal.

Así mismo, durante dicho período, no podrá prestar servicios en ninguna Administración pública ni en los organismos públicos o en las entidades de derecho público dependientes o vinculadas a ellas ni en las entidades públicas sujetas a derecho privado y fundaciones sanitarias. b) Traslado forzoso con cambio de localidad, sin derecho a indemnización y con prohibición temporal de participar en procedimientos de movilidad para reincorporarse a la localidad de procedencia hasta un máximo de cuatro años. Esta sanción sólo podrá imponerse como consecuencia de faltas muy graves. c) Suspensión de funciones. Cuando esta sanción se imponga por faltas muy graves, no podrá superar los seis años ni será inferior a los dos años. Si se impusiera por faltas graves, no superará los dos años. Si la suspensión no supera los seis meses, el interesado no perderá su destino”.

Punto 5 del artículo 73 de la “Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud”: (cito): “las sanciones disciplinarias firmes que se impongan al personal estatutario se anotarán en su expediente personal. Las anotaciones se cancelaran de oficio conforme a los siguientes periodos, computados desde el cumplimiento de la sanción: a) Seis meses para las sanciones impuestas por faltas leves. b) Dos años para las sanciones impuestas por faltas graves. c) Cuatro años para las sanciones impuestas por faltas muy graves”.

El Auxiliar debe ser conocedor tanto de estas leyes como de las penas y sanciones que puede recibir en caso de vulnerar los datos personales o sanitarios de los usuarios o pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Los datos personales y sanitarios, así como la historia clínica de los usuarios o pacientes, es de gran importancia para poder ofrecerle la asistencia sanitaria que necesitan.

Es imprescindible que tanto los datos personales como los sanitarios, sean respetados por todos y cada uno de los trabajadores que prestan sus servicios en hospitales, ya sean públicos como privados.

Las gerencias hospitalarias deberán vigilar que los datos se traten con las garantías que se exigen por ley, (leyes arriba citadas e incluidas en la bibliografía) y la declaración, por parte del trabajador, de no ser conocedor de ellas, no exime de cumplirlas ni de recibir penas o sanciones a tal motivo.

6 Bibliografía

1. <https://www.boe.es/eli/es/o/2017/01/19/ssi81>.
2. B.O.E. 31, de 6 de febrero de 2017, páginas 8277 a 8289
"Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud". <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/com>.
3. "Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales".
B.O.:. 294, de 06/12/2018 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101>.
4. "Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud".
B.O.E. 301, de 17/12/2003. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/com>.
5. "Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica".
B.O.E. 274, de 15/11/2002.

Capítulo 722

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE TRASPLANTADO

ANA SONIA FERNÁNDEZ MOLPECERES

1 Introducción

La atención al paciente trasplantado es una parte esencial de las responsabilidades del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el entorno de la atención médica. Los pacientes trasplantados son aquellos que han recibido un órgano o tejido de un donante para reemplazar un órgano o tejido dañado o disfuncional. Estos pacientes requieren cuidados especiales y un enfoque de atención integral para garantizar el éxito del trasplante y promover su recuperación y bienestar a largo plazo.

En esta introducción, exploraremos el papel crítico que desempeña en el cuidado del paciente trasplantado. Desde la preparación preoperatoria hasta el seguimiento posterior al trasplante, brinda apoyo y asistencia en múltiples aspectos del cuidado de estos pacientes, trabajando en estrecha colaboración con el equipo de salud para garantizar una atención completa y de calidad.

El técnico tiene funciones específicas que incluyen el monitoreo de signos vitales, el apoyo emocional al paciente y su familia, la asistencia en la administración de medicamentos y el cumplimiento de medidas de prevención de infecciones. Además, la comunicación efectiva y la observación constante son esenciales para detectar cualquier signo de rechazo del órgano o complicaciones que puedan surgir después del trasplante.

En este trabajo, exploraremos en detalle las funciones y responsabilidades del técnico en el cuidado del paciente trasplantado, resaltando la importancia de la formación especializada y el enfoque centrado en el paciente. También se subrayará la relevancia de trabajar en equipo con el personal de enfermería y médico para asegurar una atención integral y coordinada.

El cuidado del paciente trasplantado requiere un enfoque multidisciplinario y un compromiso constante con la seguridad y el bienestar del paciente. El técnico desempeña un rol clave en esta área, proporcionando un cuidado compasivo y eficiente que contribuye al éxito del trasplante y mejora la calidad de vida de estos pacientes, quienes confían en el equipo de salud para superar los desafíos asociados con el proceso de trasplante.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE ante el paciente trasplantado.

3 Metodología

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

Se utilizan palabras Clave como: Órganos, Donante, Receptor, Muerte encefálica, Accidente, Vida, Equipo multidisciplinario, Habilidades Cuidados, Objetivo, Calidad.

4 Resultados

Los objetivos del TCAE ante el paciente trasplantado son diversos y se enfocan en proporcionar un cuidado integral y de calidad que contribuya al éxito del trasplante y al bienestar general del paciente. Al trabajar en estrecha colaboración con el equipo de salud, el Técnico busca cumplir los siguientes objetivos:

1. Monitoreo y registro de signos vitales: El Técnico se encarga de realizar un seguimiento constante de los signos vitales del paciente trasplantado, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la temperatura. El objetivo es detectar rápidamente cualquier signo de complicaciones o rechazo del órgano trasplantado.

2. Asistencia en la administración de medicamentos: El Técnico colabora en la administración de medicamentos prescritos, asegurándose de seguir adecuadamente las indicaciones del personal de enfermería o médico para garantizar el cumplimiento del tratamiento.
3. Apoyo emocional y educación al paciente: El Técnico brinda apoyo emocional tanto al paciente trasplantado como a su familia, proporcionando información y educación sobre el proceso de trasplante, cuidados posteriores y medidas de prevención.
4. Cumplimiento de medidas de prevención de infecciones: El Técnico juega un papel importante en la prevención de infecciones al seguir protocolos de higiene y desinfección, asegurándose de que el ambiente sea seguro y libre de riesgos.
5. Observación y comunicación: El Técnico está atento a cualquier cambio en la condición del paciente trasplantado y lo comunica de manera efectiva al equipo de salud para una intervención oportuna.
6. Asistencia en actividades de la vida diaria: El Técnico ayuda al paciente en actividades básicas de la vida diaria, como la higiene personal, la alimentación y la movilización, según sea necesario para garantizar el confort y la independencia del paciente.
7. Mantenimiento de registros y documentación: El Técnico es responsable de mantener registros precisos y completos de todas las acciones realizadas y observaciones relevantes sobre el paciente trasplantado.
8. Promoción de un ambiente de cuidado compasivo: El Técnico se esfuerza por crear un ambiente de cuidado compasivo y acogedor que promueva la confianza y el bienestar del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del TCAE ante el paciente trasplantado es de vital importancia para garantizar una atención integral y de calidad. Desempeña una serie de funciones clave que contribuyen al éxito del trasplante y al bienestar del paciente trasplantado.

Desde el monitoreo y registro de signos vitales hasta la asistencia en la administración de medicamentos y el apoyo emocional, el técnico juega un papel integral en el cuidado del paciente trasplantado. La observación constante y la comunicación efectiva son esenciales para detectar cualquier signo de complicaciones o rechazo del órgano trasplantado, permitiendo una intervención oportuna.

Además, proporciona apoyo emocional y educación al paciente y su familia, ayudándoles a adaptarse al proceso de trasplante y brindándoles las herramientas

necesarias para el cuidado posterior. El cumplimiento de las medidas de prevención de infecciones y el mantenimiento de registros precisos y completos son aspectos cruciales para garantizar un ambiente seguro y libre de riesgos para el paciente trasplantado.

La dedicación y profesionalismo del Técnico en el cuidado del paciente trasplantado son fundamentales para lograr una recuperación exitosa y mejorar la calidad de vida del paciente. Al trabajar en estrecha colaboración con el equipo de salud, el Técnico contribuye a una atención coordinada y centrada en el paciente, promoviendo su bienestar físico y emocional.

En última instancia, demuestra su compromiso con el cuidado compasivo y eficiente, brindando apoyo esencial para el paciente trasplantado en su camino hacia una recuperación exitosa y una vida saludable. Su presencia en el equipo de salud es esencial para lograr resultados positivos y satisfactorios para el paciente y su familia, quienes confían en su cuidado y apoyo durante este proceso médico significativo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 723

EL CELADOR: FUNCIONES DE VIGILANCIA

DANIEL RODRIGUEZ ORDIZ

1 Introducción

El celador tiene por oficio celar o vigilar el cumplimiento de las normas y mantenimiento del orden o hacer otras tareas de apoyo en un establecimiento público.

El celador es la persona con la que primero se contacta cuando se acude, ya sea como usuario o como paciente, a un establecimiento sanitario. En las instituciones sanitarias surgirán diversas situaciones en las que el celador tendrá que intervenir, por lo que el conocimiento de sus funciones es necesario y una de estas funciones es la de la vigilancia en hospitales, centros de salud, etc.

Para tener una vigilancia adecuada en los centros se contratarán celadores con la única misión de controlar las puertas de entradas y salidas, para el controlar que todas las personas que entran y salen del centro estén autorizadas, entren y salgan en horarios adecuados, no introduzcan comida y bebida, etc., pero no se conseguirá una vigilancia óptima solo con los celadores de la entrada y la salida, la vigilancia debe realizarse en conjunto por todos los celadores que trabajan en el centro ya que no solo sirve con el control de puertas como todos pensamos, sino que en la vigilancia de estos centros hay muchas más labores que realizar.

2 Objetivos

Explicar las funciones y los diferentes cometidos del celador en el servicio de vigilancia en establecimientos sanitarios como hospitales, centros de salud, etc.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura existente. He realizado una búsqueda en libros y consultado artículos de principales bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El celador, dentro de las funciones que proceden del Estatuto de Personal No Sanitario, del artículo 14.2 establece que:

El celador vigilará las entradas de la Institución.

Tendrá a su cargo la vigilancia nocturna, interior como exterior del edificio.

Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio en todas las dependencias.

Harán saber a sus superiores inmediatos de todos los desperfectos o anomalías que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y materia.

Vigilarán el acceso y estancias de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas, cuidando que solo introduzcan en las instituciones más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección.

Vigilarán, así mismo, el comportamiento de los enfermos y de los visitantes, evitando que estos últimos fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten en las camas y, en general, toda aquella acción que perjudique al propio enfermo o al orden de la Instalación.

El celador no dejará nunca abandonada la vigilancia de la puerta de entrada.

El celador no permitirá la estancia a toda aquella persona que no esté debidamente autorizada.

El celador prohibirá la entrada a toda persona que origine alboroto o manifieste síntomas de embriaguez.

El celador no permitirá la entrada a personas que lleven comida o bebida del exterior.

El celador vigilará la apertura y cierre de los accesos, llevando un control del encendido del interior como exterior del edificio.

El celador vigilará la salida de los enfermos, quienes deberán acreditar el alta o autorización para abandonar la Institución.

El celador ejercerá labores de control de acceso a personal ajeno a la institución como proveedores, transportistas, mensajeros, etc.

El celador al finalizar cada turno elaborará un parte de incidencias remitiéndolo a su superior.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver, la vigilancia de un centro hospitalario es una labor muy importante para el buen funcionamiento de dicho centro hospitalario, es muy importante todos y cada uno de los puntos que enumeramos anteriormente y estar al pendiente veinticuatro horas al día para que se lleve a cabo correctamente, por lo que creo que el celador es un puesto de vital importancia en todos y cada uno de los centros hospitalarios, y que no solo debería ser función de vigilancia para el personal que trabaja como celador, sino para todos y cada uno de los trabajadores de los centros hospitalarios.

6 Bibliografía

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

Capítulo 724

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE SUMINISTROS: SECCIÓN DE ALMACÉN

CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ

MARIA PILAR GOMEZ MARTIN

CRISTINA MORA GALÁN

CORNELIA ANA BISU

MARTA YOUSRI VÁZQUEZ

1 Introducción

La gestión de suministros y el funcionamiento eficiente de un almacén son aspectos cruciales en cualquier organización. En este contexto, el Auxiliar Administrativo desempeña un papel esencial en la sección de almacén, contribuyendo a la organización, control y registro adecuado de los materiales y productos necesarios para el funcionamiento de la empresa u entidad.

Esta introducción tiene como objetivo explorar el rol fundamental del Auxiliar Administrativo en la sección de almacén, resaltando su participación en la optimización de los procesos de suministro y la garantía de que los recursos estén disponibles en el momento adecuado y en las cantidades necesarias.

El Auxiliar Administrativo en la sección de almacén desempeña una variedad de funciones, que van desde el control de inventario, la recepción y distribución de

productos, hasta la gestión de documentos y la colaboración con proveedores. Esta colaboración estrecha y coordinada asegura que los departamentos de la organización reciban lo que necesitan a tiempo y que los registros y registros estén actualizados y precisos.

A lo largo de este trabajo, exploraremos las responsabilidades clave del Auxiliar Administrativo en la sección de almacén, destacando su contribución a la eficiencia operativa y al cumplimiento de los objetivos organizacionales. Se subrayará cómo el Auxiliar Administrativo se convierte en un enlace esencial entre los departamentos internos, los proveedores y el almacén, desempeñando un papel vital en la gestión de recursos y materiales.

En última instancia, el Auxiliar Administrativo en la sección de almacén demuestra su habilidad para organizar, coordinar y gestionar de manera efectiva los flujos de suministro y la disponibilidad de productos. Su enfoque en la precisión, la comunicación y la eficiencia contribuye significativamente al éxito general de la organización al garantizar que los recursos estén disponibles de manera oportuna y que se cumplan las necesidades de los distintos departamentos.

2 Objetivos

- Participación en la optimización de los procesos de suministro
- Garantía de que los recursos estén disponibles en el momento adecuado y en las cantidades necesarias.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación de revisión bibliográfica, con la búsqueda de diferentes trabajos científicos vinculados con el servicio de almacén. Se han usado bases de datos científicas como Scielo, Google Scholar o Pubmed. Palabras clave: almacén, auxiliar administrativo.

4 Resultados

La labor del Auxiliar Administrativo en el servicio de suministros, específicamente en la sección de almacén, tiene un impacto directo en los resultados operativos y financieros de una organización. Su desempeño eficiente y preciso contribuye a la optimización de los procesos de suministro y al correcto funcionamiento de la cadena de suministro en general. Algunos de los resultados

clave que el Auxiliar Administrativo puede lograr en esta función son:

1. Gestión de inventario mejorada: El Auxiliar Administrativo juega un papel esencial en el control y seguimiento del inventario. Al mantener registros precisos y actualizados de los productos en el almacén, se reduce el riesgo de escasez o exceso de existencias, lo que a su vez minimiza costos y mejora la eficiencia operativa.
2. Cumplimiento de plazos y demandas: El trabajo diligente del Auxiliar Administrativo asegura que los productos estén disponibles en el almacén cuando se necesitan. Esto garantiza que los distintos departamentos de la organización puedan acceder a los suministros requeridos a tiempo, evitando retrasos en proyectos o operaciones.
3. Coordinación eficiente con proveedores: La comunicación efectiva y la colaboración con proveedores son esenciales para mantener flujos de suministro consistentes. El Auxiliar Administrativo contribuye a mantener relaciones sólidas con los proveedores, lo que puede llevar a acuerdos comerciales más favorables y a un suministro confiable de productos.
4. Minimización de pérdidas y desperdicios: Un control preciso del inventario y una gestión adecuada de productos perecederos ayudan a minimizar las pérdidas y desperdicios. El Auxiliar Administrativo puede implementar prácticas que reduzcan la obsolescencia y garanticen el uso eficiente de los recursos.
5. Documentación y registros precisos: El mantenimiento de registros y documentos precisos es esencial para la transparencia y la toma de decisiones informadas. El Auxiliar Administrativo garantiza que los registros estén actualizados y disponibles para referencia, lo que facilita la auditoría y la planificación.
6. Eficiencia en la distribución interna: La adecuada distribución de suministros a los diferentes departamentos internos es esencial para un funcionamiento fluido. El trabajo del Auxiliar Administrativo asegura que los productos se entreguen a los destinos correctos de manera oportuna.
7. Optimización de costos y recursos: Al mantener un control estricto sobre el inventario y la logística de suministros, el Auxiliar Administrativo puede ayudar a la organización a minimizar los costos operativos y a utilizar los recursos de manera más eficiente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del Auxiliar Administrativo en el servicio de suministros, específicamente en la sección de almacén, es de vital importancia para el funcionamiento eficiente y la gestión efectiva de una organización. A través de sus

responsabilidades en el control de inventario, la coordinación con proveedores, la distribución de suministros y el mantenimiento de registros precisos, el Auxiliar Administrativo despliega un conjunto de habilidades y conocimientos que contribuyen directamente a los resultados operativos y financieros de la empresa. La labor del Auxiliar Administrativo en esta sección se traduce en beneficios tangibles como la reducción de costos, la optimización de recursos y la mejora de la eficiencia en la cadena de suministro. Su enfoque en la comunicación efectiva y la coordinación entre departamentos internos y proveedores ayuda a prevenir retrasos, a garantizar que los productos estén disponibles a tiempo y a mantener relaciones comerciales sólidas.

Además, su habilidad para mantener registros precisos y actualizados es esencial para la transparencia, la auditoría y la toma de decisiones informadas. El Auxiliar Administrativo se convierte en un eslabón fundamental en la cadena de suministro, asegurando que todos los departamentos tengan acceso a los recursos necesarios para cumplir con sus objetivos.

La dedicación, la organización y la atención al detalle del Auxiliar Administrativo en la sección de almacén se traducen en un funcionamiento fluido y en la satisfacción de los empleados y clientes. En última instancia, su contribución a la eficiencia y al logro de los objetivos organizacionales refleja su importancia como parte integral del equipo de suministros y su papel en el éxito continuo de la organización en su conjunto.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 725

LA ACTIVIDAD COMO FIGURA DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ

MARIA PILAR GOMEZ MARTIN

CRISTINA MORA GALÁN

CORNELIA ANA BISU

MARTA YOUSRI VÁZQUEZ

1 Introducción

La figura del Auxiliar Administrativo en el ámbito de la Atención Primaria desempeña un papel fundamental en la coordinación y el funcionamiento eficiente de los servicios de salud en la comunidad. En esta introducción, exploraremos cómo el Auxiliar Administrativo contribuye de manera significativa a la organización y gestión de la atención primaria, facilitando el acceso a la atención médica y asegurando un flujo de trabajo fluido en las instalaciones de salud.

La Atención Primaria es la primera línea de contacto entre los pacientes y el sistema de salud, y el Auxiliar Administrativo se convierte en un enlace esencial entre los usuarios y los servicios médicos. Su labor abarca una variedad de funciones administrativas que van desde la programación de citas, el manejo de

expedientes médicos, la gestión de documentación hasta la atención a las necesidades y consultas de los pacientes.

A lo largo de este trabajo, examinaremos las responsabilidades clave del Auxiliar Administrativo en la Atención Primaria, destacando cómo su contribución promueve la eficiencia y mejora la experiencia de los pacientes. La comunicación efectiva, la organización y la habilidad para trabajar en un entorno dinámico son elementos centrales en el desempeño exitoso del Auxiliar Administrativo en este ámbito.

En última instancia, el Auxiliar Administrativo en la Atención Primaria no solo es un elemento crucial para la gestión interna de las instalaciones de salud, sino también un apoyo esencial para los pacientes en su búsqueda de atención médica. Su rol contribuye a la creación de un ambiente de atención amigable y efectiva, brindando un servicio esencial en la construcción de una comunidad saludable y bien atendida.

2 Objetivos

- Facilitar la gestión administrativa y mejorar la calidad de la atención médica para los pacientes
- Garantizar un flujo de trabajo organizado y eficiente en las instalaciones de salud

3 Metodología

La metodología empleada en este trabajo consiste en una revisión bibliográfica basada en consultas de revistas especializadas, diferentes artículos en el ámbito sanitario, así como otras fuentes de información secundarias. A partir de diferentes fuentes en la que hemos trabajado, hemos desarrollado, interpretado y concluido argumentando en líneas generales lo que entenderemos como figura el auxiliar administrativo en el servicio de Atención Primaria de la Salud. Palabras claves: auxiliar administrativo, atención primaria, salud, bienestar.

4 Resultados

La actividad del Auxiliar Administrativo en la Atención Primaria genera una serie de resultados positivos y beneficiosos tanto para los pacientes como para el funcionamiento general de las instalaciones de salud. Su contribución a la gestión

administrativa y a la coordinación de procesos tiene un impacto directo en la calidad de la atención médica y en la experiencia de los pacientes. Algunos de los resultados clave incluyen:

1. Flujo de trabajo eficiente: La labor del Auxiliar Administrativo garantiza un flujo de trabajo ordenado y eficiente en las instalaciones de Atención Primaria. La programación y gestión de citas, así como la organización de registros médicos, contribuyen a evitar demoras y a optimizar la atención médica.
2. Acceso oportuno a la atención médica: Los pacientes pueden acceder a la atención médica en el momento adecuado debido a la programación efectiva de citas por parte del Auxiliar Administrativo. Esto mejora la experiencia del paciente y contribuye a la pronta atención de sus necesidades médicas.
3. Experiencia positiva para el paciente: La atención amigable y profesional del Auxiliar Administrativo crea una experiencia positiva para los pacientes, brindando orientación y apoyo durante su visita a la Atención Primaria.
4. Mejora en la gestión de expedientes médicos: La gestión precisa y actualizada de los expedientes médicos por parte del Auxiliar Administrativo facilita la toma de decisiones del personal médico y contribuye a un tratamiento más efectivo.
5. Comunicación efectiva: La comunicación fluida entre el personal médico, los pacientes y otros departamentos es esencial para una atención integral. El Auxiliar Administrativo contribuye a una comunicación efectiva, lo que evita confusiones y malentendidos.
6. Organización y seguridad de la documentación: La gestión organizada y segura de la documentación médica y administrativa evita la pérdida de información importante y asegura la confidencialidad de los datos de los pacientes.
7. Colaboración interdepartamental: El Auxiliar Administrativo actúa como un enlace entre diferentes departamentos, facilitando la colaboración y la coordinación de procesos para brindar una atención integral al paciente.
8. Eficiencia en la gestión de recursos: La contribución del Auxiliar Administrativo a la gestión de suministros y recursos médicos asegura que estén disponibles cuando se necesiten, lo que mejora la eficiencia operativa.
9. Cumplimiento de regulaciones: La actividad del Auxiliar Administrativo asegura que todos los procedimientos y registros cumplan con las regulaciones y normativas establecidas en el ámbito de la atención médica.
10. Mejora continua: El Auxiliar Administrativo puede identificar oportunidades de mejora en los procesos administrativos y sugerir cambios para optimizar la atención y la gestión interna.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la figura del Auxiliar Administrativo desempeña un rol esencial en el entorno de la Atención Primaria, contribuyendo de manera significativa a la gestión administrativa eficiente y al funcionamiento integral de las instalaciones de salud. Su labor abarca una variedad de responsabilidades que van desde la programación de citas hasta la gestión de registros médicos y la atención a las necesidades de los pacientes. A través de su enfoque en la organización, la comunicación efectiva y la colaboración interdepartamental, el Auxiliar Administrativo genera resultados positivos que benefician tanto a los pacientes como al personal médico y a la comunidad en general.

La actividad del Auxiliar Administrativo en la Atención Primaria asegura que los pacientes reciban atención médica oportuna y de calidad, al mismo tiempo que ayuda a mantener un flujo de trabajo eficiente y ordenado en las instalaciones de salud. Su contribución en la programación de citas, la gestión de expedientes médicos, la atención al paciente y la coordinación interna mejora la experiencia del paciente y facilita la labor del personal médico.

Además, la labor del Auxiliar Administrativo en la Atención Primaria refuerza la importancia de la comunicación efectiva y la colaboración interdepartamental para una atención integral y coordinada. Su trabajo es un eslabón esencial que conecta diferentes áreas y asegura que los procesos fluyan sin problemas, garantizando que los pacientes reciban la atención que necesitan.

En última instancia, la figura del Auxiliar Administrativo en la Atención Primaria desempeña un papel crucial en la construcción de una comunidad saludable al brindar un servicio amigable, eficiente y profesional. Su enfoque en la organización, la comunicación y el apoyo a pacientes y personal médico hace de su actividad una pieza clave en el puzzle de la atención médica y en la mejora continua de la calidad de vida de la población atendida.

6 Bibliografía

-Pumbed

-Scielo

Capítulo 726

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ

MARIA PILAR GOMEZ MARTIN

CRISTINA MORA GALÁN

CORNELIA ANA BISU

MARTA YOUSRI VÁZQUEZ

1 Introducción

En el campo de la salud, la figura del Auxiliar Administrativo desempeña un papel esencial en la coordinación y gestión de diversas áreas médicas. En este contexto, la colaboración del Auxiliar Administrativo en el servicio de Cardiología es fundamental para asegurar un funcionamiento eficiente y una atención integral a los pacientes con afecciones cardíacas.

La Cardiología es una rama médica crucial que se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades del corazón y del sistema circulatorio. En esta introducción, exploraremos cómo el Auxiliar Administrativo contribuye de manera significativa a la administración y organización de actividades en el servicio de Cardiología, asegurando que tanto los pacientes como el personal médico cuenten con los recursos y la asistencia necesarios para brindar una atención de calidad.

Las responsabilidades del Auxiliar Administrativo en el servicio de Cardiología abarcan desde la programación de citas y el manejo de expedientes médicos, hasta la coordinación de exámenes y procedimientos cardíacos. Esta colaboración activa y coordinada facilita la realización de pruebas, el seguimiento de pacientes y la comunicación fluida entre el equipo médico y los pacientes.

A lo largo de este trabajo, exploraremos en detalle cómo el Auxiliar Administrativo en el servicio de Cardiología contribuye al funcionamiento efectivo del servicio y mejora la experiencia de los pacientes. Se destacará su papel en la organización de citas, la gestión de registros médicos y la colaboración con el personal médico, resaltando su importancia en la atención médica cardiológica. En última instancia, el Auxiliar Administrativo en el servicio de Cardiología se convierte en un enlace crucial entre la administración y la atención médica, trabajando en conjunto con el personal médico para garantizar que los pacientes reciban una atención integral y de calidad en su búsqueda de una salud cardíaca óptima.

2 Objetivos

- Administración y organización de actividades en el servicio de Cardiología
- Programación de citas y el manejo de expedientes médicos
- Coordinación de exámenes y procedimientos cardíacos

3 Metodología

Para la realización de la presente comunicación, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 colaboración del Auxiliar Administrativo en el servicio de Cardiología genera una serie de resultados significativos que contribuyen tanto a la eficiencia operativa como a la atención integral de los pacientes. Su función es crucial para

garantizar un flujo de trabajo organizado y para asistir en la administración de diversas tareas dentro del servicio. Algunos de los resultados clave incluyen:

1. Programación eficiente de citas: El Auxiliar Administrativo se encarga de gestionar las citas médicas de manera efectiva, asegurando que los pacientes sean atendidos a tiempo y que los recursos médicos se utilicen de manera óptima.
2. Mejora en la gestión de expedientes médicos: La labor del Auxiliar Administrativo en la organización y mantenimiento de los expedientes médicos contribuye a una toma de decisiones más informada por parte del personal médico, lo que se traduce en una atención más precisa y personalizada.
3. Optimización de la logística de pruebas y exámenes: El Auxiliar Administrativo coordina exámenes y procedimientos cardíacos, asegurando que se realicen en el momento adecuado y que los resultados estén disponibles para el personal médico a tiempo.
4. Comunicación efectiva entre el equipo médico y los pacientes: El Auxiliar Administrativo actúa como un canal de comunicación entre el personal médico y los pacientes, brindando información sobre procedimientos, resultados y requisitos.
5. Agilización de procesos administrativos: La labor del Auxiliar Administrativo contribuye a la gestión ordenada de documentación y registros médicos, lo que facilita la planificación y el seguimiento de la atención médica.
6. Atención personalizada al paciente: El Auxiliar Administrativo ofrece asistencia y orientación a los pacientes, brindando un trato amigable y profesional que mejora su experiencia en el servicio de Cardiología.
7. Apoyo a la administración de recursos: El Auxiliar Administrativo colabora en la gestión de recursos y suministros necesarios para los procedimientos y exámenes cardíacos, optimizando su disponibilidad y uso.
8. Colaboración con el equipo médico: La labor coordinada del Auxiliar Administrativo con el personal médico contribuye a una atención integral y enfocada en el bienestar cardíaco del paciente.
9. Eficiencia en la coordinación de seguimientos: El Auxiliar Administrativo asegura que los pacientes reciban seguimientos médicos de manera oportuna, contribuyendo a una atención continua y proactiva.
10. Mejora en la satisfacción del paciente: La atención atenta y profesional del Auxiliar Administrativo contribuye a una experiencia positiva para el paciente, fomentando su confianza en el servicio de Cardiología.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la labor del Auxiliar Administrativo en el servicio de Cardiología despliega una influencia vital en la gestión y atención médica en este campo crítico de la salud. Su papel en la coordinación, organización y asistencia administrativa es esencial para asegurar un funcionamiento eficiente y una atención de calidad para los pacientes con afecciones cardíacas.

La colaboración del Auxiliar Administrativo contribuye a una programación de citas efectiva, una gestión precisa de expedientes médicos y una comunicación fluida entre el equipo médico y los pacientes. Los resultados positivos de su labor incluyen una mejora en la satisfacción del paciente, la optimización de procesos administrativos y la agilización de exámenes y procedimientos cardíacos.

Además, su enfoque en la atención personalizada al paciente, la colaboración con el equipo médico y la eficiencia en la administración de recursos contribuye directamente a una atención cardiológica integral y de calidad. La labor del Auxiliar Administrativo es un puente entre la administración y la atención médica, y su presencia es esencial para garantizar que los pacientes reciban el cuidado y la atención que merecen.

En última instancia, el Auxiliar Administrativo en el servicio de Cardiología desempeña un papel crucial en la creación de un ambiente de atención cardiológica efectiva, organizada y centrada en el paciente. Su contribución respalda los esfuerzos médicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardíacas, y su dedicación ayuda a construir una comunidad más saludable y bien atendida.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 727

LAS MUJERES PARTURIENTAS Y LAS FUNCIONES MAS IMPORTANTES DEL CELADOR

DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN

RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ

CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES

YOANA DÍAZ ROMERO

ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ

1 Introducción

El embarazo es una de la etapa más importante de la mujer además de satisfactoria y de la más bonita, esta fase se termina con el nacimiento de un nuevo ser. Este proceso durar 9 meses, este será el reflejo de una serie de cambios muy importantes que son tanto fisiológicos los cuales favorece el completo desarrollo del bebe y también tienen cambios psicológicos en la vida de la mujer.

La mujer gestante tiene que acabar el final de su trayectoria como embarazada en condiciones óptimas, es decir tiene contar con el apoyo absoluto del personal sanitario pero además debe de contar con el apoyo incondicional de sus familiares mas cercanos, ellos tienen que ofrecerle calma, fortaleza y conseguir que se sienta cómoda, ya que en estos momentos es lo más importante.

El final de esta excelente etapa de la vida, llega con el anhelado parto.

Esta fase la podemos especificar como la salida del bebe hacia el mundo exterior gracias al del cuerpo de la madre.

El parto supone uno de los momentos más anhelados y a la vez más complicados que la mujer logra experimentar, este hecho sucede hacia la semana más o menos 40 de gestación.

2 Objetivos

Con este breve capítulo queremos llegar al desarrollo de las labores que lleva a cabo el celador.

3 Metodología

Para la ejecución de este capítulo tan llamativo, hemos obtenido la información de las diferentes fuentes de información como por ejemplo: Hospital Universitario de Toledo, Medline, Hospital Universitario de Albacete, hospital Recoletas de cuenca.

Las palabras más utilizadas para este capítulo han sido: Mujer gestante, parto, celador y tareas.

4 Resultados

Las labores que efectúa el celador en el servicio de obstetricia son:

Desplazarán a las mujeres gestantes al área de partos cuando les indiquen el personal del servicio.

El transporte de las pacientes se efectuará siempre en su cama asignada, confirmando siempre que llevar con él la historia clínica de la mujer gestante.

Por los nervios que las mujeres gestantes llevan consigo mismas por la llegada del bebe al mundo, los celadores deberán utilizar el traslado hasta el servicio de los paritorios para tranquilizar y sosegar a la futura mamá.

Transportarán con riguroso cuidado la documentación tan variada, como las historias clínicas, las peticiones de pruebas diagnósticas...

Transportarán el instrumental y los aparatajes que puedan servirles o que vayan a ser utilizados en este servicio.

Serán los encargados de llevar las muestras que les sean encomendadas, pueden ser de orina, sangre... al laboratorio.

Efectuarán los controles de los horarios de las visitas a las mujeres gestantes y harán que los familiares cumplan las normas que haya en este servicio.

Trasmitirán a los supervisores los deterioros y las irregularidades que pueda padecer este servicio y procurarán solucionarlo lo más rápidamente posible.

Transportarán de la farmacia los objetos que tengan un mayor peso, como por ejemplo: las distintas cajas de los sueros fisiológicos estas serán entregadas al personal sanitario o auxiliar de maternidad.

Efectuarán las tareas en las que sean requeridos por el personal sanitario, siempre y cuando estas queden dentro de sus extensas competencias.

Cuando una mujer gestante llega a las urgencias de maternidad, es el celador quien recibe por primera vez a la mujer gestante y es por lo tanto, la primera persona que tiene el primer contacto con la futura mamá.

Podemos decir que en estos momentos lo más importante es que el contacto con la mujer gestante sea afable, educado y cariñoso, ya que las futuras mamás, pueden presentar síntomas de ansiedad, angustia y nerviosismo.

Cuando la mujer embarazada se encuentre ya registrada en el área de admisión, el celador será el encargado de prestarle una silla de ruedas y movilizarla hasta el área ginecológica para que ya ser explorada por el personal sanitario.

Una vez terminada la exploración de la mujer gestante, la valorarán el personal sanitario y ellos decidirán y si es necesario la dejarán ingresada, además será el celador el responsable de trasladar a la mujer gestante a la planta correspondiente en la silla de ruedas o en una camilla, siempre dependiendo de la situación en la que se encuentre.

Si el ingreso no se efectuase pero si se le debe de hacer alguna prueba en específico, el celador efectuará el traslado hasta el servicio que corresponda o que le indiquen el personal sanitario.

En función de la cantidad de urgencias que haya en ese momento, el celador podrá transportar a la mujer embarazada directamente al área de ginecología sin pasar por el área de admisión, eso sí, mas tarde este debe comunicárselo al personal sanitario.

El paritorio o servicio de obstetricia es el área donde se le ofrece ayuda a la mujer en el momento de dar a luz, además de ser el lugar donde llegan las mujeres gestantes cuando ya se encuentran en las últimas semanas de su embarazo, aquí se le realiza la prueba de monitorización, para escuchar las constantes vitales a sus bebés.

Entre las diferentes labores de los celadores en el servicio de paritorios, las más importantes son introducir y retirar a las mujeres parturientas de la zona de partos una vez haya nacido su bebé.

Si la situación de la parturienta lo necesita, el traslado al paritorio, lo efectuará acompañada del personal de enfermería.

Una vez concluido el proceso de parto, el celador será precisado para efectuar el traslado de la madre desde la mesa de partos a la cama, más tarde se realizará el traslado efectuará al box, donde esperará el tiempo que el personal sanitario crea necesario.

El celador debe de ser muy cuidadoso y debe de conseguir evitar los movimientos bruscos que le puedan afectar al bebé o a la reciente mamá.

5 Discusión-Conclusión

Momentos antes de que comience el parto, la mujer puede sufrir una importante ansiedad a esta hay que añadirle además el dolor tan intenso y además interno que le causan las contracciones o el simple hecho de encontrarse de parto.

Por lo cual es muy importante que la mujer embarazada sienta el apoyo moral que el celador le pueda dar, mientras le efectúan el traslado al área de partos.

El celador debe de ayudar a que la ansiedad que siente la mujer disminuya, además también intentará trasladarle tranquilidad y calma, esto ayudará a que el proceso de parto sea mas ameno.

6 Bibliografía

.Martín, R. (s/f). FisioStar. Fisioterapia - Lesiones - Tratamientos - Cursos Fisioterapia; FisioStar. Recuperado el 11 de agosto de 2023, de <https://fisiostar.com/>
Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.boe.es/>

Gullón, M. C. (s/f). EL CELADOR SANITARIO A TRAVÉS DE LA HISTORIA. Wordpress.com. Recuperado el 25 de mayo de 2022, de <https://urgenciasaneloy.files.wordpress.com/2013/06/celador-en-la-historia-hosp-univer-cruces-oral.pdf>

Capítulo 728

INFLUENCIA DEL CELADOR EN EL BIENESTAR DEL PACIENTE TERMINAL

ROSA MARIA VAZQUEZ JIMENEZ

JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO

1 Introducción

”El miedo a morir es universal, pero eso no significa que sea irremediable.”.

Prepararse para la muerte es algo que necesitamos todos , porque es algo a lo que todos en algún momento nos enfrentaremos

El miedo a la muerte es uno de los principales factores que causan angustia en los moribundos, se produce cuando tendemos a olvidar que todos morimos tarde o temprano.

Aunque en muchos casos se suma o anticipa a este miedo a morir, el miedo al dolor, el miedo a la separación de sus seres queridos, al dolor de estos por su pérdida, etc.

El papel del celador ante este tipo de pacientes es importante porque forma parte del equipo que lo atiende y ha de trabajar con gran tacto, esfuerzo, empatía y profesionalidad.

Estar al lado del paciente terminal y compartir momentos, apoyando, escuchando, aunque sea una tarea agotadora, también una de las cosas más gratificantes que se pueden experimentar

Escuchar, sentarse en la cama del enfermo, junto a él.

Saber escuchar lo que nos dicen y como lo hacen, sus gestos, y que nos quieren decir con sus palabras.

Ayudarle a expresar los sentimientos que tienen. Hay veces que no hablan ni expresan sus emociones porque ven la angustia de sus familiares y ello les impide hablar, intentando así protegerlos del dolor.

La Dra. Kübler Ross, en su libro "la muerte: un amanecer, dice sobre los moribundos:

"Yo me siento a su lado, los observo tranquilamente, algunas veces les tomo la mano. De esta manera percibo inmediatamente cualquier agitación que tengan. Poco antes de la muerte se manifiesta a menudo una apacible solemnidad, lo que representa siempre un signo importante".

En definitiva humanizar.

Humanizar, según el diccionario de la RAE, significa hacer humano, familiar y afable a alguien o algo.

2 Objetivos

Determinar la importancia de la actitud del celador ante el paciente terminal

Definir las acciones del celador para conseguir una óptima calidad del paciente terminal

3 Metodología

Se han utilizado recopilación de contenidos de distintas páginas webs, artículos, libros de psicología, autoayuda, libros de la escritora Doctora Kübler Ross, información de revistas científicas y experiencias narradas por los pacientes.

Palabras claves para la búsqueda: morir, moribundo, paciente terminal, miedo, dolor, humanizar, celador.

4 Resultados

El papel del celador ante este tipo de pacientes es importante porque forma parte del equipo que lo atiende y ha de trabajar con gran tacto, esfuerzo, empatía y profesionalidad.

Sus actividades irán encaminadas a mejorar la calidad del paciente, con una atención individualizada, promoviendo su autonomía, manteniendo el orden, la higiene, y el confort, tanto en el paciente como en su entorno, ayudan a crear

un ambiente confortable y saludable para su bienestar en todas sus aspectos, y fortaleciendo así la dignidad del mismo.

Se hace necesario identificar el sufrimiento de esta persona para así poder brindarle el apoyo que necesita. Observar la expresión, sus gestos (de dolor, de tristeza, de incertidumbre, de miedo, de impotencia, etc.) nos ayudan a entenderlo mejor y paliar, al menos en parte, la carga de tensiones que le genera la proximidad de la muerte, ofreciéndole apoyo emocional en la adaptación a su proceso.

Es evidente que el comprender al paciente hace más factible poder aliviarle y cuidarle, por lo que estar formados en relaciones interpersonales ayuda a una mejor comprensión de los valores personales, culturales y sociales, que influyen en las personas que tratamos al igual que en nosotros mismos.

Acompañar al paciente hasta sus últimos momentos, evitando su soledad, prestar un especial cuidado a sus movilizaciones, procurando una posición adecuada, cómoda, que no le ocasionen molestias ni dolor para que pueda descansar, y atenderlo en sus necesidades psicológicas, escuchándolo y hablando con él, compartiendo sus miedos, sus dudas, sus preocupaciones, le ayudan a alcanzar esa última etapa de la aceptación, donde comprende que no se puede luchar contra esa situación, que no hay solución, que debe prepararse para ello y se prepara psicológicamente para morir.

5 Discusión-Conclusión

El celador, dentro de todo el equipo multidisciplinar que atiende al paciente terminal, tiene un papel importante, su capacidad de comunicarse ya sea de forma verbal o no verbal (recurriendo a los gestos, posturas y contacto físico) con el paciente, su sensibilidad, su capacidad de escucha, su trato cordial, atento, procurando provocar el menor dolor posible en su movilización, en sus traslados, garantizan una mejor calidad en su atención en la última etapa de su vida.

Al crear un vínculo con el paciente terminal, este se siente más confiado, más tranquilo, expresando sus miedos y aquello que le genera estrés.

La mayoría de los pacientes terminales, se preocupan más por no perder su autonomía al saber su situación, y en tener los mínimos síntomas, es decir, en su bienestar físico, que en alargar sus días de vida.

Como decía Machado: “La muerte es algo que no debemos temer porque, mientras somos, la muerte no es y cuando la muerte es, nosotros no somos.”

6 Bibliografía

https://ehospice.com/america_latin_posts/perspectivas-budistas-en-el-final-de-la-vida-una-conversacion-con-phra-paisal-visalo/
<https://celadoresonline.blogspot.com/>
<https://revistamedica.com/funcion-celador-paciente-terminal/>
Arantxa Díaz Garcia. La actuación del celador ante un paciente terminal., 2021;4(12) <https://congresosicepa.com/celador-paciente-terminal-2/>. Yolanda Cimarra Delgado Actuación del celador ante el paciente terminal.17/06/2022. www.sefh.es/guia-humanizacion/docs/guia-humanizacion-español
[www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/actuacion-del-celador-ante-el-paciente-terminal-y sus-cuidados paliativos/](http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/actuacion-del-celador-ante-el-paciente-terminal-y-sus-cuidados-paliativos/)
Cuidar la vida, velar la muerte: diario de una antropóloga en una Unidad de Cuidados Paliativos Autor: Soto Peña, Olga. ISBN: 9788416421336
La muerte: un amanecer (Biblioteca Elisabeth Kübler-Ross) ;ISBN-10, 8415864337 ; ISBN-13, 978-8415864332

Capítulo 729

EL CELADOR EN LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

ROSA MARIA VAZQUEZ JIMENEZ

JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO

1 Introducción

Los conflictos es algo que está presente a lo largo de nuestra vida, y debemos saber identificarlos para poder resolverlos. No solo se hace necesario el tener capacidades o habilidades en la resolución de conflictos sino también e igual de importante son las habilidades de autoconocimiento, autocontrol, y sobre todo la empatía.

Cuando se entra en un centro sanitario, una de las primeras personas con las que se tiene contacto es con el celador, ya sea por visitar a algún familiar, por ingresos programados desde admisión, o por urgencias.

Es la persona que se relaciona con todos los profesionales del centro sanitario, y con muy variados tipos de personas

Es el primer contacto, porque el celador es el encargado de darnos información sobre el centro, de acompañar al paciente a su unidad de ingreso, recibirlo en la puerta de urgencias, consultas, etc.

El lenguaje no verbal y la aptitud del mismo es lo primero que va a percibir el paciente o familiar del mismo en ese primer contacto. Por ello la forma de relacionarse, es muy importante , ayudando para que esta primera toma de contacto con el entorno sanitario, sea más o menos agradable, y evitando o suavizando los conflictos que pudieran surgir.

2 Objetivos

Determinar el papel del celador en la resolución de conflictos de pacientes, familiares

Destacar la importancia de saber comunicarse y de forma adecuada el personal celador con el paciente.

3 Metodología

Se ha realizado consultas y buscado información en diversas páginas web, así como libros relacionados con las funciones del celador y resolución de conflictos. Igualmente se ha contado con las opiniones de distintos compañeros de profesión y sus experiencias en sus centros de trabajo.

4 Resultados

No todas las personas nos relacionamos igual manera ni con la misma aptitud ante los diversos tipos de situaciones que se pueden encontrar en un centro sanitario. La profesionalidad del celador está implícita en su forma de comportarse en el entorno laboral.

Independientemente del carácter de cada persona, es importante prestar atención a lo que dice el paciente o familiares, y escucharlo, sin emitir ningún tipo de juicio por nuestra parte, para así comprender los que desean expresar. No todos tenemos la misma capacidad para realizar esto, pero si se trabaja con dedicación y voluntad todos podemos mejorarlo y sacar el máximo beneficio.

Cuando el celador se muestra empático, receptivo, respetuoso, hablando con un tono de voz y velocidad adecuados, asegura la comprensión de su receptor, motivándolo o calmándolo, cuando llega nervioso o agitado.

Saber comunicarse es la mejor herramienta estratégica en nuestro trabajo diario. Aún cuando esto pase desapercibido, es de vital importancia, ya que en base a ello se desarrolla el proceso y se evita que surjan conflictos, debidos al desasosiego, ansiedad, nerviosismo, malestar, que experimenta el paciente y/o familiares por la situación que están viviendo.

Ante un conflicto se debe definir el problema, analizar las causas, identificar soluciones, y elegir la mejor alternativa.

El diagrama llamado raspa de pescado es uno de los instrumentos para analizar la causa del problema o conflicto. Se trata de una raspa de pescado en donde la cabeza estaría el problema , el efecto, la consecuencia o el objetivo a alcanzar,

las rasas oblicuas alrededor serían las categorías de las causas principales del problema, que hemos representado en la cabeza del pez. Una vez que se sabe la causa que ha provocado el problema/conflicto, hay que buscar el medio o medios para llevar a cabo la solución.

5 Discusión-Conclusión

En consecuencia se puede afirmar que el papel del celador y la forma en que se relaciona con el resto de compañeros, así como con el paciente y/o familiares determina en gran parte la consecución de un clima de trabajo más agradable en todos los niveles, incluido el emocional, colaborando de forma eficaz en la resolución de conflictos y su prevención.

Está comprobado que una escucha activa, escuchar atentamente al paciente, sus dudas, miedos, preguntas, contribuirá a desarrollar un diálogo fluido y sin tensiones por su parte, evitando posibles conflictos.

El saber negociar es clave tanto en lo profesional como personal, y nos ayudará para resolver y evitar conflictos.

“Siempre que estés en conflicto con alguien, hay un factor que puede marcar la diferencia entre dañar la relación y fortalecerla. Ese factor es la actitud” – William James

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/comunicacion-celadores-paciente/>
<https://revistamediación.com/articulos/los-sentimientos-las-emociones-proceso-mediacion/> <https://revistasanitariadeinvestigación.com/comunicación-y-gestión-emocional-en-el-ámbito-sanitario-artículo-monográfico/com/articulos/los-sentimientos-las-emociones-proceso-mediacion/> <https://indesol.gob.mx/cedoc/manual-de-gestion-y-resolución-de-conflictos/>
Lahib, A. (2020). Gestión de conflictos en el ámbito sanitario. Editorial Diference. ISBN: 978812026122
Villal, J.P. (2016). Manual de negociación y resolución de conflictos. Editorial Profit Editorial. ISBN: 978-84-16583-29-4

Capítulo 730

MINDFULNESS Y MEDITACIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO

ROSA MARIA VAZQUEZ JIMENEZ

JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO

1 Introducción

El interés por este tema surge a raíz de la experiencia unos compañeros del SESCOAM, entre ellos, enfermeros, celadores, TCAE, trabajo social, y fisioterapeutas, que formaron un grupo para aprender y practicar este método en los inicios de la apertura del hospital donde trabajaban. Y los relatos por parte de los mismos, de como esta experiencia creó un ambiente laboral excelente, así como una relación entre los profesionales y con los pacientes altamente positiva y enriquecedora.

El SAS, en la primera ola de la pandemia pilotó un proyecto de apoyo a la gestión del estrés de los profesionales, realizando sesiones presenciales con estiramientos suaves y movimientos conscientes con atención plena. Las sesiones se realizaban dentro de la jornada laboral y preferentemente en espacios al aire libre o en los que se pudiera garantizar la distancia de seguridad. Con esto pretendía dar la herramienta necesaria a los profesionales para afrontar el estrés en su actividad diaria.

En España hay empresas como Repsol, L'Oreal, San Miguel que han incluido el mindfulness entre sus trabajadores para conseguir un mayor bienestar emocional de la plantilla que forma parte de sus empresas. Es un dato importante el que por cada euro destinado a estos programas se traduce en un resultado de 2,5 y 4,8

euros menos en absentismo. Esto está certificado por un estudio publicado por el Ministerio de Trabajo.

En EEUU, hace una década que las empresas más visionarias y punteras, como Google, Apple, Spotify, Airbnb o HBO, lo tienen totalmente implementado y es parte de la rutina diaria de sus empleados.

Desde comienzo de los años 70 empezó a incorporarse como prevención o complemento en el tratamiento de muchas enfermedades, porque había varios estudios científicos que evidenciaban como esta práctica aumentaba la salud en los pacientes, y empezaron a reducir la toma de fármacos y redujeron el gasto sanitario en general.

La meditación y la relajación reducen el estrés, favorecen la creatividad, el aprendizaje, la atención y la memoria. Es por esta razón que muchas empresas que valoran el bienestar de sus empleados empiezan a promover esta práctica a través de programas adaptados sus necesidades.

Y ¿qué es mindfulness? También llamado atención consciente, “Sati en pali”, transforma la forma en que somos en el mundo. Si se convierte en una práctica diaria, nos llevará a despertar todo ese potencial que hay en nuestra vida.

Consiste en prestar atención a lo que sucede en nuestro interior, emociones, pensamientos, sensaciones físicas, y en nuestro exterior, observándolo todo desde una actitud compasiva, amable y sin emitir juicios, sin intentar cambiar nada, lo que se traduce en un equilibrio y tranquilidad mental.

Actualmente todos vamos siempre con prisas, sobrecargas de trabajo, sobreinformación, etc., lo que nos hace estar muy dispersos y no ser capaces de vivir el presente de forma consciente, y ello genera estrés, que afecta tanto en el ámbito laboral como familiar o personal.

Las primeras personas que practicaron la meditación datan de antes de nuestra era y es probable que no supieran cuál eran todos sus beneficios, pero practicarla les hacía encontrarse en un estado de bienestar, ello hizo que la siguieran promoviendo hasta nuestros días.

2 Objetivos

Dar a conocer los beneficios de fomentar el autocuidado de la propia salud en su actividad laboral sanitaria.

Fomentar el interés en la implantación de estos programas de mindfulness en centros sanitarios

3 Metodología

Se ha utilizado una extensa consulta de material bibliográfico sobre Mindfulness, Técnicas de relajación, técnicas de Meditación, así como consultado varias páginas webs, artículos investigación en Elsevier, PubMed, y experiencias narradas en primera persona por compañeros que han utilizado estas técnicas en su trabajo diario. Se utilizó una combinación de los descriptores mindfulness, atención plena, meditación y tratamiento.

4 Resultados

La práctica diaria de la meditación ayuda a aceptar las situaciones de nuestra vida diaria y a ser más flexibles ante los cambios, mejorando las relaciones, y encontrando esa calma interior que nos lleva a una mente equilibrada.

Ayuda a reducir el estrés, la ansiedad y la depresión, y mejorar la capacidad para tomar decisiones y resolver problemas.

La implantación de un programa de meditación y mindfulness en las empresas tiene grandes ventajas, aumenta el bienestar personal, mejora el rendimiento y disminuye el absentismo.

Por otro lado tiene efectos positivos en la salud física. Por ejemplo, estudios han demostrado que la meditación puede reducir la presión arterial, mejorar la calidad del sueño y fortalecer el sistema inmunológico.

Sabemos que el estrés puede causar hipertensión, problemas cardíacos, enfermedades coronarias, trastornos del ánimo y ansiedad. Cuando se consigue este estado de calma, se reduce el nivel de cortisol, que es la hormona que se libera en estados de estrés.

Los beneficios físicos son:

Fortalece el sistema inmunológico, la revista científica "Psychosomatic Medicina" publicó en un estudio que la práctica de la meditación durante ocho semanas beneficiaba la producción de proteínas y aumentaba los anticuerpos.

La meditación es capaz de reducir el dolor físico y emocional en personas que han tenido algún proceso quirúrgico o dolencia crónica. Esto no quiere decir que desaparezca la enfermedad pero sí que ayuda a llevarla de una forma mejor.

Aumenta la memoria, porque aumenta la sustancia gris del hipocampo. En adultos también ayuda a contrarrestar la reducción del córtex cerebral, que ocurre con el paso de los años.

Ayuda a fortalecer la inteligencia emocional, porque estimula el manejo de las emociones.

Mejora la cognición y aumenta la capacidad de realizar tareas porque su práctica te ayuda a permanecer en el momento presente, permitiendo además fortalecer áreas del cerebro relacionadas con el proceso de cognición. (muy beneficiosa para prevenir enfermedades como el Alzheimer).

5 Discusión-Conclusión

La meditación y el mindfulness tiene un poder transformador indiscutible, nos permiten entrenar y calmar la mente para vivir el momento presente y ser conscientes de lo que pensamos y sentimos. Elimina el estrés y la ansiedad. Se empieza a ver la vida y el trabajo con una actitud más positiva, haciendo más feliz nuestro día a día y más proactivo ante las adversidades o contratiempos que puedan surgir.

Diversos estudios han demostrado los beneficios de esta práctica y como meditar de forma regular (dedicar tan solo unos minutos cada día) ayuda a conseguir una actitud positiva, tiene efectos positivos sobre la salud física. A corto plazo: tiene efectos paliativos, a medio plazo: supone cambios neuronales y a largo plazo: implica una integración y evolución cerebral y física, ayuda a mejorar la capacidad para resolver problemas, ...por lo que sería a tener en cuenta, sobre a todo a nivel de sanidad, contemplar la implantación, de forma voluntaria, de programas en nuestros centros sanitarios.

“El éxito es la suma de pequeños esfuerzos repetidos día tras día” Robert Colliers.

6 Bibliografía

<https://crearsalud.org/meditar-trabajo-una-tendencia-saludable/>

<https://fisiofulness.es/descubre-como-la-meditacion-y-el-mindfulness-transforman-tu-vida-equilibrio-y-plenitud-en-el-presente/2023>

Mindfulness and cardiovascular disease risk: State of the evidence, plausible mechanisms, and theoretical framework/. <https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-articulo-revisión-sistemática-eficacia-los-tramientos-S1134793716300069>

¡¡¡¡EN TUS MANOS ESTA EL TRANSFORMAR TU VIDA!!!

Capítulo 731

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

CRISTINA GALAN SANANDRES

MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO

DIANA AZCARAY GÓMEZ

MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS

ELIA GIJON GARCIA

1 Introducción

La rehabilitación hospitalaria es un conjunto de programas y terapias médicas diseñados para ayudar a los pacientes a recuperar su funcionalidad física, mental y emocional después de una enfermedad, lesión o cirugía. Estos programas se llevan a cabo en un entorno hospitalario y están dirigidos por profesionales de la salud, como terapeutas físicos, ocupacionales y del habla, así como médicos y enfermeras especializados en rehabilitación.

El objetivo principal de la rehabilitación hospitalaria es maximizar la capacidad de los pacientes para llevar a cabo actividades cotidianas y mejorar su calidad de vida. Esto puede incluir la restauración de la movilidad, el fortalecimiento muscular, la recuperación de habilidades de comunicación y la adaptación a posibles discapacidades.

El proceso de rehabilitación se adapta a las necesidades individuales de cada paciente y se basa en una evaluación exhaustiva de su condición médica y funcional. Los profesionales de rehabilitación trabajan en estrecha colaboración con el paciente para establecer objetivos realistas y desarrollar un plan de tratamiento personalizado.

La rehabilitación hospitalaria también puede abordar aspectos psicológicos y emocionales, ya que la recuperación puede ser un desafío tanto física como mentalmente. La terapia y el apoyo emocional son componentes esenciales para ayudar a los pacientes a superar el estrés y la ansiedad asociados con la enfermedad o lesión.

En definitiva, la rehabilitación hospitalaria desempeña un papel crucial en la recuperación integral de los pacientes, brindándoles las herramientas y el apoyo necesarios para recuperar la autonomía y mejorar su bienestar en general.

2 Objetivos

Mostrar las distintas funciones que tiene el auxiliar administrativo en el área de rehabilitación hospitalaria.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación de revisión bibliográfica se han tenido que valorar y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, después se ha procedido a seleccionar las publicaciones que se han adaptado mejor a nuestra intención.

4 Resultados

El papel del auxiliar administrativo en el servicio de rehabilitación hospitalaria es fundamental para garantizar un funcionamiento eficiente y coordinado de todas las actividades administrativas relacionadas con la atención y el tratamiento de los pacientes que requieren rehabilitación. Su labor abarca una variedad de responsabilidades que contribuyen a la operación fluida del servicio y al bienestar de los pacientes.

En primer lugar, el auxiliar administrativo es responsable de gestionar y coordinar las citas y horarios de los pacientes que necesitan rehabilitación. Esto implica organizar la programación de terapias y consultas de manera que se maximice la utilización de los recursos y se minimicen las esperas para los pacientes. Además, se encargan de mantener registros precisos de las citas y de la disponibilidad de los terapeutas, lo que facilita la planificación a corto y largo plazo.

Otra función clave es el manejo de la documentación y el papeleo relacionados con la rehabilitación. Esto incluye la preparación y archivo de historias clínicas, informes de progreso y otros documentos médicos necesarios para el seguimiento de los pacientes. El auxiliar administrativo debe asegurarse de que toda la información esté organizada y disponible cuando sea necesario, lo que contribuye a una atención coherente y de alta calidad.

El auxiliar también puede ser el enlace entre los pacientes y el personal médico y terapéutico. Al responder preguntas de los pacientes sobre horarios, procedimientos y requisitos, ayudan a crear un ambiente en el que los pacientes se sientan informados y cómodos. Asimismo, pueden asistir en la coordinación de servicios auxiliares, como transporte médico y cuidado a domicilio, para garantizar una atención integral.

En lo referente a la gestión financiera, el auxiliar administrativo puede colaborar en la facturación y el procesamiento de seguros médicos. Esto incluye verificar la elegibilidad del seguro, generar facturas precisas y ayudar a los pacientes a comprender los aspectos financieros de su tratamiento de rehabilitación.

El auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en el servicio de rehabilitación hospitalaria al gestionar citas, manejar documentación, actuar como enlace entre pacientes y personal médico, y asistir en aspectos financieros. Su trabajo contribuye significativamente a la eficiencia y calidad del servicio, asegurando una atención integral y una experiencia positiva para los pacientes en proceso de recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen funcionamiento del servicio de rehabilitación hospitalaria en cuanto a la documentación, es esencial establecer procedimientos claros y organizados. Implementar sistemas electrónicos para el registro y seguimiento de la información, así como capacitar al personal en su uso, optimizará la precisión

y accesibilidad de los datos. La asignación de un responsable de documentación asegurará que los registros estén al día y completos. Fomentar la comunicación entre el personal médico y el administrativo para transmitir información relevante también es fundamental. Además, regular auditorías internas de los registros ayudará a identificar posibles áreas de mejora y asegurar la calidad de la documentación en el servicio de rehabilitación.

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

Capítulo 732

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA MENOR SIN INGRESO HOSPITALARIO

CRISTINA GALAN SANANDRES

MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO

DIANA AZCARAY GÓMEZ

MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS

ELIA GIJON GARCIA

1 Introducción

Una unidad de cirugía sin ingreso, también conocida como cirugía ambulatoria o cirugía de día, se refiere a un entorno médico en el que se realizan procedimientos quirúrgicos que no requieren que el paciente se quede en el hospital durante la noche. En este tipo de unidad, los pacientes se someten a cirugía y se les permite regresar a casa el mismo día una vez que se han recuperado lo suficiente para ser dados de alta.

La cirugía sin ingreso es adecuada para una variedad de procedimientos médicos, desde cirugías menores hasta algunas cirugías más complejas que permiten una recuperación ambulatoria segura. Esta modalidad presenta beneficios como

la reducción de costos y la disminución del riesgo de infecciones hospitalarias, además de permitir a los pacientes recuperarse en la comodidad de su hogar.

Para garantizar el éxito de una unidad de cirugía sin ingreso, es fundamental contar con un equipo médico altamente capacitado y una infraestructura que incluya instalaciones de recuperación adecuadas. También es importante llevar a cabo una evaluación preoperatoria exhaustiva para asegurarse de que el paciente sea un candidato adecuado para la cirugía ambulatoria y que esté preparado para el proceso de recuperación en casa que es lo mejor para el paciente.

2 Objetivos

Mostrar las distintas funciones que tiene el auxiliar administrativo en el área de cirugía menor sin ingreso.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación de revisión bibliográfica se han tenido que valorar y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, después se ha procedido a seleccionar las publicaciones que se han adaptado mejor a nuestra intención.

4 Resultados

El auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en la unidad de cirugía sin ingreso al encargarse de diversas tareas administrativas que contribuyen al funcionamiento eficiente y fluido de este entorno médico especializado.

En primer lugar, el auxiliar administrativo es responsable de coordinar las citas y horarios de los pacientes programados para cirugías ambulatorias. Esto incluye comunicarse con los pacientes para proporcionar información sobre el procedimiento, instrucciones preoperatorias y detalles de la cita. La programación efectiva es crucial para asegurar que los recursos estén optimizados y que el flujo de pacientes sea adecuado.

Otra función clave es la gestión de la documentación. El auxiliar se encarga de mantener registros precisos de los pacientes, incluyendo historias clínicas,

consentimientos informados y cualquier otro papeleo necesario para el proceso quirúrgico. Además, debe asegurarse de que los registros estén completos y actualizados para cumplir con los requisitos de regulación y garantizar la seguridad de los pacientes.

En relación con la facturación y los aspectos financieros, el auxiliar administrativo colabora en la verificación de la elegibilidad del seguro médico de los pacientes, en la generación de facturas y en la coordinación de los pagos. Esto es esencial para que el proceso de facturación sea preciso y para facilitar a los pacientes la comprensión de los costos asociados con la cirugía.

El auxiliar también puede ser el punto de contacto principal para las preguntas y consultas de los pacientes. Debe estar preparado para brindar información sobre el proceso quirúrgico, las instrucciones pre y postoperatorias, así como cualquier otra inquietud que los pacientes puedan tener.

Además, el auxiliar administrativo puede contribuir en la gestión de suministros y recursos necesarios para las cirugías, asegurando que estén disponibles y en buen estado para el equipo médico.

El auxiliar administrativo en la unidad de cirugía sin ingreso juega un rol integral en la coordinación de citas, el manejo de documentación, la facturación y la comunicación con los pacientes. Su labor eficiente y organizada es esencial para garantizar que el proceso quirúrgico ambulatorio se realice sin problemas y que los pacientes reciban la atención de alta calidad que necesitan.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen funcionamiento del área de cirugía sin ingreso, el auxiliar administrativo debe enfocarse en la coordinación eficiente de citas, la precisión de la documentación y la comunicación clara con los pacientes. Mantener registros completos y actualizados, así como verificar la elegibilidad del seguro médico, son clave. Facilitar instrucciones pre y postoperatorias detalladas y estar disponible para resolver preguntas de los pacientes promueve la tranquilidad. Colaborar con el equipo médico en la gestión de suministros y recursos garantiza un entorno óptimo. Mantener la comunicación fluida entre el personal y pacientes es esencial para una experiencia quirúrgica exitosa y sin contratiempos.

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

Capítulo 733

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE RADIODIAGNÓSTICO EN ESPECIALIZADA

CRISTINA GALAN SANANDRES

MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO

DIANA AZCARAY GÓMEZ

MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS

ELIA GIJON GARCIA

1 Introducción

El área de radiodiagnóstico es una parte fundamental de cualquier institución médica, ya que se centra en la obtención de imágenes médicas a través de diversas técnicas de radiología para ayudar en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades y lesiones. Esta área engloba una serie de tecnologías y equipos especializados que permiten la visualización interna del cuerpo humano.

En el área de radiodiagnóstico se utilizan técnicas como radiografías convencionales, tomografías computarizadas (TC), resonancias magnéticas (RM), ultrasonidos y fluoroscopias. Cada una de estas técnicas proporciona información única sobre estructuras anatómicas y posibles anomalías.

Los profesionales que trabajan en el área de radiodiagnóstico incluyen radiólogos, técnicos radiológicos y personal administrativo. Los radiólogos interpretan las imágenes médicas y realizan diagnósticos basados en ellas, mientras que los técnicos radiológicos operan los equipos y aseguran que los pacientes estén posicionados correctamente para la obtención de imágenes precisas. El personal administrativo se encarga de programar las citas, gestionar la documentación y facilitar la comunicación entre pacientes y profesionales.

La calidad y la precisión son esenciales en el área de radiodiagnóstico, ya que las imágenes obtenidas pueden ser cruciales para determinar el plan de tratamiento adecuado para el paciente. Por lo tanto, es importante que los profesionales estén capacitados en las últimas técnicas y que los equipos sean mantenidos y calibrados adecuadamente.

El área de radiodiagnóstico desempeña un papel vital en la atención médica moderna al proporcionar imágenes internas del cuerpo que ayudan en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades y lesiones. Colaborando con otros departamentos y profesionales de la salud, esta área contribuye significativamente a la toma de decisiones clínicas informadas y al cuidado integral del paciente.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es mostrar las distintas funciones que tiene el auxiliar administrativo en el área de radiodiagnóstico en especializada.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación de revisión bibliográfica se han tenido que valorar y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, después se ha procedido a seleccionar las publicaciones que se han adaptado mejor a nuestra intención.

4 Resultados

El auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico en un centro especializado desempeña un papel crucial para garantizar la eficiencia y el buen funcionamiento de esta área esencial. Sus funciones abarcan una variedad de respon-

sabilidades que contribuyen al flujo de trabajo sin problemas y a la satisfacción del paciente.

En primer lugar, el auxiliar administrativo es responsable de gestionar las citas para los procedimientos de radiodiagnóstico. Esto incluye la programación de radiografías, tomografías, resonancias magnéticas y otros estudios según la disponibilidad de los equipos y los horarios de los pacientes. Coordinar las citas de manera efectiva es fundamental para minimizar las esperas y maximizar la utilización de los recursos.

Además, el auxiliar administrativo se encarga de mantener registros precisos y completos de los pacientes que se someten a procedimientos de radiodiagnóstico. Esto implica el seguimiento de la documentación médica, los informes de estudios y otros datos relacionados con la atención. Un registro ordenado es esencial para garantizar la continuidad de la atención y la disponibilidad de información para los profesionales de la salud.

La comunicación efectiva es otro aspecto clave del rol del auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico. Deben estar preparados para responder preguntas de los pacientes sobre los procedimientos, proporcionar instrucciones pre y post estudio, y resolver cualquier inquietud que puedan tener. Mantener una comunicación clara y tranquilizadora ayuda a los pacientes a sentirse cómodos y bien informados.

El auxiliar también puede colaborar en la gestión financiera, verificando la elegibilidad del seguro médico de los pacientes, generando facturas y coordinando los pagos. Esto asegura que los aspectos financieros de los procedimientos de radiodiagnóstico estén en orden y que los pacientes comprendan los costos asociados.

El auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico en un centro especializado desempeña un papel integral en la programación de citas, el mantenimiento de registros, la comunicación con los pacientes y la gestión financiera. Su trabajo contribuye directamente al funcionamiento fluido de la unidad y al bienestar de los pacientes que buscan diagnósticos precisos y atención de calidad.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen funcionamiento del servicio de radiodiagnóstico hospitalario, el auxiliar administrativo debe enfocarse en la coordinación eficiente de citas, la exactitud de los registros y la comunicación transparente con los pa-

cientes. Mantener registros completos y actualizados, verificar la elegibilidad del seguro médico y proporcionar instrucciones claras pre y post estudio son esenciales. Colaborar estrechamente con el personal técnico y médico asegura un flujo de trabajo coordinado. Facilitar una comunicación clara con los pacientes, respondiendo sus preguntas y brindando información precisa, contribuye a su comodidad y tranquilidad. Además, mantener una actitud empática y profesional crea un ambiente positivo para los pacientes y el equipo médico. La eficacia en la gestión administrativa es fundamental para que el servicio de radiodiagnóstico funcione de manera fluida y proporcione atención de calidad.

6 Bibliografía

Ruiz, M. E. D. C. C., Flores, J. G. M., Pérez, A. S., Maldonado, V. I. M., Gómez, A. N. Z., & Cervantes, E. J. M. L. Dirección de Hospitales.

Capítulo 734

TUNEL CARPIANO EN EL PERSONAL SANITARIO

SONIA ABAD CORTES

1 Introducción

El síndrome del tunel carpiano se produce cuando el nervio mediano se comprime dentro del tunel carpiano, a nivel de la muñeca, si existe un aumento de la presión dentro de él, se produce una lesión en dicho nervio.

Se origina por múltiples causas , pero sobre todo en actividades relacionadas con maniobras manuales repetitivas, en las que se hacen movimientos repetidos de mano y muñeca ,y se fuerza la posición de la muñeca, o por el uso prolongado y regular de maquinaria manual vibratoria (taladros, martillos).

Las personas mas propensas a padecerla son las comprendidas entre los 30 a 60 años de edad, y es mas común en mujeres que en hombres.

Este síndrome puede asociarse a enfermedades endocrinologicas (hipertiroidismo o acromegalia), enfermedades reumáticas “artritis”, enfermedades de depósito (amiloidosis) a tumores “ mieloma, lipoma”, a tratamientos con esteroides o estrogenos y a embarazo o a lactancia materna.

Los síntomas mas habituales son dolor en muñeca y antebrazo, calambres y hormigueos en dedos.

El síndrome del tunel carpiano es una preocupación real para los empleados y los profesionales de la salud.

Los fisioterapeutas son los encargados de corregir los malos hábitos y los ambientes de trabajo tales como muebles, equipos y espacios de trabajo indebidos, por ello conciencian y enseñan medidas de seguridad laboral, con el fin de evitar que se puedan desarrollar las patologías del síndrome del tunel carpiano.

2 Objetivos

- ☒Exponer en que consiste el síndrome del tunel carpiano, sus causas.
- ☒Explicar las medidas a tener en cuenta para reducirlo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre el tema a tratar. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos, también se han consultado las principales bases de datos: pubmed y medlineplus.

4 Resultados

El síndrome del tunel carpiano se manifiesta con síntomas graduales, con sensación de calor, calambres o entumecimiento en la palma de la mano y los dedos (pulgar, dedo índice y medio). estos suelen aparecer a menudo durante la noche dando sensación de tener la mano dormida.

Los factores que pueden desencadenarlo son:

- ☒Fracturas de huesos y artritis de la muñeca.
- ☒Obesidad
- ☒Alcoholismo
- ☒Infecciones
- ☒Líquidos, que se acumulan en el cuerpo durante la menopausia o el embarazo.
- ☒Artritis reumatoide.
- ☒Ambidosis.

Todos estos factores originan dolor a la persona que lo padece.

Para valorar el grado de afectación del nervio (leve, moderado o severo), se realizan estudios neurofisiológicos como son los electromiogramas o los de conducta nerviosa. Una vez identificado su grado, se podrá tratar de la siguiente manera.

Cuando el estado es leve, los pacientes pueden responder a antiinflamatorios y reposar la mano con férula que abarque mano y antebrazo, en casos crónicos será útil realizar rehabilitación e incluso infiltraciones locales de corticoides. Y en los casos mas graves donde continúen los dolores y sus síntomas empeoren se puede recurrir a la cirugía.

El método mas efectivo para tratarlo es la cirugía, no suele tener complicaciones, tras esta los dolores desaparecen, los síntomas mejoran en pocos días. Existen dos tipos de cirugías:

1.Cirugía Abierta

2.Cirugía por endoscópica

Los resultados varían mucho de unos pacientes a otros pero estos son los resultados obtenidos, utilizando la cirugía abierta y la endoscópica:

C.Abierta C. Endoscópica

Mejoría del dolor 98% 99%

Satisfacción con la técnica 84% 89%

Recuperación antes con la endoscopia, menos complicaciones la tasa en 1,8% sobre 17.000 procedimientos y las posibles lesiones nerviosas se reducen a un 0.8%

El tiempo de recuperación tras la operación es de 4 a 6 semanas, las molestias desaparecen durante la primera semana, y es importante estar pendiente de que no se hinchen los dedos de las manos.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome del tunel carpiano es una enfermedad común que afecta a gran parte de la población, se debe principalmente a un esfuerzo prolongado de la mano y la muñeca cuando se realizan movimientos repetitivos. Para evitar los efectos de este, se pueden acondicionar los lugares y los equipos de trabajo, se pueden hacer mas pausas, usar férulas, y como último recurso se puede recurrir a la cirugía.

La cirugía origina una baja temporal en el trabajador, siendo esta costosa para la empresa, ya que se puede prolongar mas o menos dependiendo del tipo de cirugía empleada, además en algunos casos el trabajador también necesitara realizar sesiones de rehabilitación, haciendo que el gasto sanitario aumente.

6 Bibliografía

1.Dreano, T., Albert, J.-D., Marin, F., & Sauleau, P. (2011). Síndrome del túnel carpiano. EMC - Aparato Locomotor, 44(3), 1–8. [https://doi.org/10.1016/s1286-935x\(11\)71140-6](https://doi.org/10.1016/s1286-935x(11)71140-6)

2.Qué es el síndrome del túnel carpiano, lo que tienes que saber. (n.d.). Blogs Quirónsalud. Retrieved June 7, 2023, from <https://www.quironsalud.es/blogs/es/lesiones-cuidamos/sindrome-tunel-carpiano-saber>

3.Steinberg, D. R. (n.d.). Síndrome del túnel carpiano. Manual MSD versión para público general. Retrieved June 7, 2023, from <https://www.msdmanuals.com/es->

es/hogar/trastornos-de-los-huesos,-articulaciones-y-m%C3%BAsculos/
trastornos-de-la-mano/s%C3%ADndrome-del-t%C3%BAnel-carpiano

4.Wikipedia contributors. (n.d.). Síndrome del túnel carpiano. Wikipedia,
The Free Encyclopedia. https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=S%C3%ADndrome_del_t%C3%BAnel_carpiano&oldid=150117786

5. Síndrome del túnel carpiano. (2002). Bones, Joints and Muscles. <https://medlineplus.gov/spanish/carpaltunnelsyndrome.html>

Capítulo 735

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN PEDIATRIA

VICTOR MOLINA SUAREZ

MARÍA LOZANO LÓPEZ

CRISTINA GAHETE PAREJA

M.SOLEDADE GOMEZ GONZÁLEZ

ROCIO GARCIA PUNZANO

1 Introducción

En el ámbito de la atención médica, la pediatría juega un papel fundamental al brindar cuidados especializados a los niños y adolescentes. En este contexto, la figura del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel crucial al colaborar en la atención y el bienestar de los pacientes pediátricos. En esta introducción, exploraremos cómo el Técnico contribuye de manera esencial en el entorno de la pediatría, brindando cuidados y apoyo que son vitales para el desarrollo y la salud de los niños.

La pediatría abarca una amplia gama de necesidades de atención médica específicas para los pacientes más jóvenes, que varían desde el recién nacido hasta el adolescente. En este análisis, veremos cómo el Técnico trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico y de enfermería en la atención y el cuidado integral de los pacientes pediátricos.

Exploraremos las responsabilidades del Técnico en la pediatría, que pueden incluir la asistencia en la administración de medicamentos, la toma de constantes vitales, la preparación y apoyo en procedimientos médicos y la atención emocional a los niños y sus familias. Además, examinaremos cómo el Técnico se convierte en un enlace esencial para garantizar un entorno cómodo y seguro para los pacientes más jóvenes, alentando su cooperación y mitigando el estrés asociado con la atención médica.

A medida que avanzamos en este análisis, también destacaremos la importancia de la empatía y la sensibilidad en el trato con los pacientes pediátricos y sus familias, ya que estas cualidades son fundamentales para establecer una relación de confianza y comodidad en un entorno médico.

En última instancia, esta introducción nos prepara para explorar en detalle cómo el Técnico en la pediatría desempeña un papel invaluable en la atención y el cuidado de los pacientes más jóvenes, y cómo su colaboración con el equipo médico contribuye directamente a la salud y el bienestar de los niños y adolescentes.

2 Objetivos

- Explorar las responsabilidades del Técnico en la pediatría
- Papel invaluable en la atención y el cuidado de los pacientes más jóvenes, y cómo su colaboración con el equipo médico contribuye directamente a la salud y el bienestar de los niños y adolescentes del técnico en pediatría

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación de revisión bibliográfica, con la búsqueda de diferentes trabajos científicos vinculados con el servicio de almacén. Se han usado bases de datos científicas como Scielo, Google Scholar o Pubmed.

4 Resultados

La labor del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el ámbito de la pediatría ha generado una serie de resultados valiosos que contribuyen significativamente a la atención y el bienestar de los pacientes más jóvenes. Su rol

es esencial para garantizar un ambiente de cuidado seguro, cómodo y emocionalmente apoyador para los niños y adolescentes que requieren atención médica. Algunos de los resultados clave incluyen:

1. Atención y comodidad del paciente: Contribuye directamente a la atención y comodidad de los pacientes pediátricos al brindar asistencia en la realización de actividades diarias, como la higiene personal, la alimentación y el cambio de pañales.
2. Colaboración en procedimientos médicos: Asiste en la preparación y apoyo durante procedimientos médicos, como la toma de muestras, la administración de medicamentos y la realización de curaciones, asegurando que los niños se sientan seguros y tranquilos.
3. Monitorización de signos vitales: Realiza la toma de constantes vitales como la temperatura, la frecuencia cardíaca y la presión arterial, contribuyendo a la evaluación continua de la salud de los pacientes pediátricos.
4. Apoyo emocional y psicológico: Desempeña un papel clave en brindar apoyo emocional y consuelo a los niños y sus familias, ayudándolos a afrontar la ansiedad y el miedo asociados con la atención médica.
5. Coordinación y comunicación: Actúa como enlace entre el equipo médico, los pacientes y sus familias, asegurando una comunicación efectiva y la coordinación de cuidados integrales.
6. Mantenimiento de un entorno seguro: Contribuye a la seguridad de los pacientes pediátricos al mantener el entorno limpio y ordenado, previniendo riesgos y accidentes.
7. Mejora en la experiencia del paciente: El TCAE crea un ambiente positivo y acogedor, lo que mejora la experiencia de los pacientes pediátricos y sus familias durante su estadía en el centro de atención.
8. Educación y orientación a los pacientes: El TCAE ofrece información básica sobre cuidados y procedimientos a los pacientes y sus familias, empoderándolos para participar activamente en su atención.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el ámbito de la pediatría es esencial para brindar atención médica de alta calidad y cuidado integral a los pacientes más jóvenes. A través de su colaboración activa con el equipo médico y de enfermería, el técnico desempeña un papel

valioso en garantizar la comodidad, seguridad y bienestar de los niños y adolescentes que requieren atención médica.

La labor del Técnico abarca desde la asistencia en actividades diarias hasta la realización de procedimientos médicos, el apoyo emocional y la coordinación de cuidados. La empatía, la paciencia y la habilidad para comunicarse efectivamente con los pacientes pediátricos y sus familias son cualidades esenciales que enriquecen su contribución.

El Técnico en pediatría no solo realiza tareas prácticas, sino que también establece un vínculo de confianza con los niños, generando un ambiente donde los pequeños pacientes se sienten seguros y cómodos. Esto, a su vez, tiene un impacto positivo en su experiencia médica y en su disposición para colaborar con los procedimientos necesarios.

La colaboración entre el Técnico y el equipo médico demuestra cómo la atención médica se enriquece cuando diversos profesionales trabajan juntos para garantizar una atención integral y de alta calidad. La contribución del Técnico a la pediatría se refleja en el alivio de la ansiedad de los niños, la facilitación de procedimientos médicos y la promoción de un ambiente positivo en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 736

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA ORAL

VICTOR MOLINA SUAREZ

MARÍA LOZANO LÓPEZ

CRISTINA GAHETE PAREJA

M.SOLEDADE GOMEZ GONZÁLEZ

ROCIO GARCIA PUNZANO

1 Introducción

La administración de medicamentos es una parte esencial de la atención médica, y el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en este proceso. Una de las vías más comunes para la administración de fármacos es la vía oral, que implica la ingesta de medicamentos por la boca. En esta introducción, exploraremos cómo el Técnico se involucra en la administración de fármacos por vía oral, asegurando la seguridad y el bienestar de los pacientes.

La administración de medicamentos por vía oral es una práctica común en entornos médicos y hospitalarios, así como en el cuidado domiciliario. En este análisis, examinaremos cómo el Técnico desempeña un papel esencial en este proceso,

trabajando en estrecha colaboración con el equipo médico y de enfermería para garantizar que los pacientes reciban los medicamentos correctos en las dosis adecuadas.

Exploraremos las responsabilidades del técnico en este contexto, que incluyen la preparación de los medicamentos, la verificación de la dosis prescrita, la administración adecuada y el seguimiento de la respuesta del paciente. La atención a los detalles y la precisión son vitales para evitar errores en la administración de medicamentos y asegurar que los pacientes reciban los beneficios terapéuticos esperados.

Además, destacaremos cómo el Técnico interactúa directamente con los pacientes durante la administración de fármacos por vía oral, brindando instrucciones sobre la toma adecuada, proporcionando apoyo emocional y observando cualquier reacción adversa. Su empatía y comunicación efectiva son esenciales para crear un ambiente de confianza y comodidad para los pacientes.

A medida que avanzamos en este análisis, también exploraremos cómo el Técnico trabaja en coordinación con el equipo médico y de enfermería para garantizar una atención integral y segura en la administración de medicamentos por vía oral. Su compromiso y colaboración son cruciales para mantener los estándares de atención médica y promover el bienestar de los pacientes

2 Objetivos

- Interacción del Técnico con los pacientes durante la administración de fármacos por vía oral, brindando instrucciones sobre la toma adecuada, proporcionando apoyo emocional y observando cualquier reacción adversa
- Preparación de los medicamentos, la verificación de la dosis prescrita, la administración adecuada y el seguimiento de la respuesta del paciente

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación de revisión bibliográfica, con la búsqueda de diferentes trabajos científicos vinculados con el servicio de almacén. Se han usado bases de datos científicas como Scielo, Google Scholar o Pubmed.

4 Resultados

La participación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la administración de fármacos por vía oral ha generado una serie de resultados significativos que impactan en la atención médica segura y efectiva. Su colaboración en este proceso es esencial para asegurar que los pacientes reciban los medicamentos adecuados en la dosis correcta y en el momento indicado. Algunos de los resultados clave incluyen:

1. Seguridad en la administración: Juega un papel crucial en la verificación y preparación segura de los medicamentos antes de administrarlos por vía oral, evitando posibles errores y garantizando que los pacientes reciban el tratamiento correcto.
2. Cumplimiento terapéutico: La colaboración del Técnico asegura que los pacientes tomen los medicamentos según lo prescrito, lo que es esencial para alcanzar los resultados terapéuticos deseados y el éxito del tratamiento.
3. Observación de reacciones adversas: Durante la administración de fármacos, el Técnico está atento a cualquier reacción adversa o efecto secundario que pueda ocurrir, lo que permite una respuesta rápida y la comunicación con el equipo médico.
4. Apoyo emocional al paciente: Proporciona instrucciones claras y tranquilidad a los pacientes durante la administración de medicamentos por vía oral, creando un ambiente de confianza y comodidad.
5. Coordinación interdisciplinaria: El Técnico trabaja en colaboración con el equipo médico y de enfermería, asegurando una atención integral y coordinada para los pacientes.
6. Documentación precisa: El Técnico registra con precisión la administración de medicamentos, lo que proporciona un historial clínico detallado y esencial para el seguimiento médico.
7. Educación al paciente: Brinda información a los pacientes sobre la importancia de la adherencia al tratamiento, la toma adecuada de los medicamentos y los posibles efectos secundarios.
8. Contribución a la comodidad del paciente: La empatía y el enfoque cuidadoso del Técnico durante la administración de medicamentos por vía oral ayudan a reducir la ansiedad y el estrés del paciente.
9. Optimización de los procesos de atención: La participación del Técnico agiliza la administración de medicamentos, lo que permite al personal médico enfocarse en otras tareas clínicas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel esencial y altamente responsable en la administración de fármacos por vía oral. Su colaboración activa y diligente contribuye directamente a la seguridad, el cumplimiento terapéutico y el bienestar general de los pacientes. La administración de medicamentos por vía oral es un proceso crítico en el campo de la atención médica, y la labor del Técnico marca una diferencia significativa en varios aspectos clave.

La seguridad en la administración de medicamentos es una prioridad fundamental, y el Técnico verifica cuidadosamente las dosis y los medicamentos prescritos antes de la administración. Su participación atenta y precisa reduce los riesgos de errores y efectos adversos. Además, la presencia del TCAE durante el proceso brinda tranquilidad a los pacientes y contribuye a su comodidad y confianza en el tratamiento.

La colaboración entre el Técnico y el equipo médico y de enfermería es esencial para garantizar una atención integral y coordinada. La comunicación efectiva y la documentación precisa por parte del Técnico permiten un seguimiento adecuado del tratamiento y proporcionan información valiosa para la toma de decisiones médicas.

El Técnico también desempeña un papel en la educación al paciente, proporcionando información sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y los posibles efectos secundarios. Su empatía y capacidad para comunicarse con los pacientes refuerzan la relación de confianza entre el paciente y el personal médico.

En última instancia, el Técnico en la administración de fármacos por vía oral se destaca como un componente esencial en el proceso de atención médica. Su trabajo contribuye directamente a la eficacia y la seguridad del tratamiento, mejorando la calidad de vida de los pacientes y respaldando el cumplimiento terapéutico. La dedicación del Técnico y su colaboración con el equipo médico fortalecen el sistema de atención médica en su conjunto, demostrando su papel invaluable en la administración de medicamentos por vía oral.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 737

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LA ENFERMEDAD DE LA PIEL ATÓPICA

VICTOR MOLINA SUAREZ

MARÍA LOZANO LÓPEZ

CRISTINA GAHETE PAREJA

M.SOLEDADE GOMEZ GONZÁLEZ

ROCIO GARCIA PUNZANO

1 Introducción

La enfermedad de la piel atópica, también conocida como dermatitis atópica, es una afección crónica y recurrente que afecta la piel, causando picazón, enrojecimiento y sequedad. En este contexto, la figura del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel esencial al brindar cuidados y apoyo a los pacientes que padecen esta condición dermatológica. En esta introducción, exploraremos cómo el Técnico desempeña un rol crucial en la atención y el bienestar de las personas con enfermedad de la piel atópica.

La enfermedad de la piel atópica es una afección que puede afectar a personas de todas las edades, y su impacto puede ser tanto físico como emocional. En

este análisis, examinaremos cómo el Técnico contribuye de manera integral al manejo de esta enfermedad, trabajando en colaboración con el equipo médico y de enfermería para proporcionar cuidados específicos y atención compasiva.

Exploraremos las responsabilidades del Técnico en este contexto, que pueden incluir la aplicación de tratamientos tópicos, el cuidado de la piel para mantener la hidratación, la educación al paciente y la asistencia en la gestión de la picazón y el malestar. La empatía y la comunicación efectiva son aspectos esenciales para abordar las preocupaciones físicas y emocionales que pueden surgir en las personas que padecen esta afección.

Además, destacaremos cómo el Técnico también colabora con las familias de los pacientes, proporcionando orientación sobre los cuidados en el hogar y la prevención de brotes. Su apoyo es fundamental para empoderar a los pacientes y sus familias en el manejo de esta condición crónica.

A medida que avanzamos en este análisis, también exploraremos cómo el Técnico desempeña un papel en la promoción de la comodidad, la reducción de la ansiedad y la mejora de la calidad de vida de las personas que viven con enfermedad de la piel atópica. Su contribución es esencial para garantizar una atención integral y holística a estos pacientes, mejorando su bienestar y su experiencia en el sistema de atención médica.

2 Objetivos

- Colaboración del técnico con las familias de los pacientes
- Aplicación tratamientos tópicos, hidratación y gestión de la picazón y malestar

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación de revisión bibliográfica, con la búsqueda de diferentes trabajos científicos vinculados con el servicio de almacén. Se han usado bases de datos científicas como Scielo, Google Scholar o Pubmed.

4 Resultados

La contribución del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el manejo de la enfermedad de la piel atópica ha generado una serie de resultados significativos que impactan directamente en el bienestar y la calidad de vida de

los pacientes que padecen esta afección. Su rol es crucial en la atención integral y el apoyo emocional a estos pacientes. Algunos de los resultados clave incluyen:

1. Aplicación de tratamientos tópicos: El Técnico asiste en la aplicación de cremas y medicamentos tópicos recetados por el médico para controlar la inflamación y el enrojecimiento de la piel en los pacientes con enfermedad de la piel atópica.
2. Cuidado de la piel: Colabora en el mantenimiento de la hidratación de la piel, proporcionando cuidados específicos para prevenir la sequedad y la irritación, lo que contribuye a reducir el riesgo de brotes.
3. Educación al paciente: Brinda información y educación a los pacientes sobre la importancia de seguir las pautas de tratamiento, la prevención de brotes y la identificación temprana de síntomas.
4. Gestión de la picazón y el malestar: Colabora en la gestión de la picazón y el malestar asociados con la enfermedad, proporcionando técnicas de alivio y ayudando a los pacientes a manejar la sensación de incomodidad.
5. Colaboración en la prevención de brotes: Brinda orientación sobre factores desencadenantes y medidas preventivas que los pacientes pueden tomar en su vida diaria para minimizar la recurrencia de brotes.
6. Apoyo emocional y psicológico: Ofrece apoyo emocional a los pacientes que pueden sentir frustración y ansiedad debido a los síntomas visibles y la cronicidad de la enfermedad.
7. Cuidados en el hogar: Educa a los pacientes y sus familias sobre los cuidados en el hogar, cómo aplicar tratamientos y cómo mantener una rutina de cuidado para controlar los síntomas.
8. Colaboración con el equipo médico: El Técnico trabaja en conjunto con enfermeros y médicos para proporcionar una atención integrada y un seguimiento adecuado de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la participación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el manejo de la enfermedad de la piel atópica desempeña un papel esencial y valioso en la atención integral de los pacientes. Los resultados obtenidos a través de su contribución son evidentes en el alivio de los síntomas, la mejora de la calidad de vida y el apoyo emocional brindado a quienes padecen esta afección crónica.

Los cuidados proporcionados por el Técnico abarcan desde la aplicación de tratamientos tópicos y el cuidado de la piel hasta la educación y el apoyo en la prevención de brotes. La colaboración con el equipo médico y de enfermería

es clave para garantizar que los pacientes reciban una atención completa y coordinada.

La educación y el empoderamiento del paciente son también logros destacados en el papel del Técnico. Al proporcionar información sobre la enfermedad y las estrategias para manejarla, el Técnico capacita a los pacientes para que sean participantes activos en su propio cuidado y en la toma de decisiones informadas.

La atención de la enfermedad de la piel atópica no solo se trata de aliviar los síntomas físicos, sino también de atender las preocupaciones emocionales y psicológicas de los pacientes. En este sentido, el Técnico desempeña un papel esencial al brindar apoyo emocional, reducir la ansiedad y ofrecer una relación de confianza que contribuye a la sensación de bienestar general del paciente.

En resumen, la labor del Técnico en la enfermedad de la piel atópica va más allá de la atención clínica, abordando aspectos emocionales y educativos que enriquecen la experiencia del paciente. Su contribución refleja la importancia de un enfoque multidisciplinario en el cuidado de la salud y destaca su capacidad para mejorar la calidad de vida de aquellos que enfrentan los desafíos de esta afección dermatológica crónica.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 738

EL CELADOR EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y LOS POSIBLES RIESGOS PSICOLÓGICOS DEBIDO A SU LABOR

JOSÉ MANUEL MORA FERNÁNDEZ

MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO

MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ

ALEJANDRO MORALES HERNÁNDEZ

ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La categoría profesional de Celador que presta sus servicios en hospitales, tiene unas funciones generales a todos los servicios o unidades en los que realiza su labor. Estas funciones son la de vigilancia de estancias, para que permanezcan en perfecto orden y limpieza, y la de traslado de pacientes y documentación. Pero hay algunos puestos, en los que tiene unas labores distintas, incluso únicas. Por ejemplo, en una planta hospitalaria, se encarga del ya mencionado traslado de pacientes, colabora con el personal sanitario en cambios posturales y en el aseo de los enfermos que no puedan hacerlo por sí mismos, etc.

En cambio, en un servicio muy desconocido como es el caso de Animalario, presente en muchos hospitales, este trabajador se encarga del cuidado de los animales: alimentación, aseo, mantener limpias las jaulas donde se encuentran, trasladarlos de unas dependencias a otras, etc. Estos animales, son utilizados para la investigación médica y para experimentar nuevas cirugías o aquellas de alta complejidad, en las que hay que entrenar debidamente la destreza.

Es decir, la misma categoría profesional, en uno y otro servicio, se encarga de labores muy distintas.

Algunas veces, su labor, puede afectarle psicológicamente más que en otras unidades, por ejemplo, en el caso de hospitalización de pacientes terminales, en los que el celador es una de las personas que ayuda y acompaña a los enfermos en sus últimos momentos de vida.

2 Objetivos

Enumerar las funciones de forma general, del celador de Anatomía Patológica y los riesgos que conlleva para su salud, tanto física como 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 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 que trabaja en Anatomía Patológica, realiza labores antes, durante y después de la autopsia a los fallecidos.

Antes de la operación, debe trasladar el cadáver de la cámara frigorífica a la mesa de operaciones.

Se asegurará de que el cuerpo esté perfectamente identificado y de forma visible. Durante la autopsia, colabora en los cambios posturales del cuerpo y entrega al médico todo el instrumental que le demande.

Los órganos extraídos y las muestras que deban ser analizadas, le serán entregadas en recipientes herméticos y los trasladará a los laboratorios correspondientes.

El médico, procederá a cerrar el cuerpo, siendo el celador el encargado de rellenar las partes huecas y los orificios con celulosa o algodón.

Una vez terminado esto, aseará al cadáver y lo recompondrá, para que tenga un aspecto similar al que tenía en vida, para su entrega a los familiares.

Devolverá al fallecido a la cámara frigorífica y se encargará de la limpieza y desinfección de todo el instrumental, de la mesa de operaciones y de la sala en general.

Su trabajo en este servicio, puede afectarle físicamente, debido a la carga de peso al realizar la transferencia del cuerpo a la sala de autopsias, al practicar cambios posturales, etc.

Pero también puede afectarle psicológicamente.

No es una labor fácil, la de tratar con personas fallecidas, pero además, el celador en Anatomía Patológica, está presente en la autopsia, participa de ella y se ocupa de manejar el cuerpo una vez finalizada esta, para que pueda estar presentable a la familia del fallecido.

Es una tarea necesaria pero desagradable, que exige una preparación psicológica importante, para no llegar a afectar al trabajador en su salud mental.

Hay que dejar claro, que al celador no se le considera trabajador sanitario, con lo cual, no está preparado en ninguna actividad al respecto.

A causa de la realización de su trabajo puede padecer de insomnio u otras alteraciones en el sueño, así como estrés, ansiedad, retirada del apetito, etc. Esto puede degenerar en depresión severa si no se reconocen los síntomas y se solicita ayuda médica y psicológica de inmediato. Muchas de las personas que realizan esta labor, han desarrollado incluso necrofobia, un miedo intenso, desmedido, irracional e incontrolable a la muerte, los cadáveres y todo lo relacionado con ello.

5 Discusión-Conclusión

A la categoría profesional de Celador, como requisito mínimo académico exigido para su contratación, se le requiere el certificado de Graduado Escolar o Graduado en ESO.

Su labor en Anatomía Patológica es la de tratar de forma directa y personal con cadáveres, tarea que puede afectarle gravemente a su salud mental.

En resumen, si para una persona con preparación sanitaria, puede ser difícil tratar

y manejar a personas fallecidas, es mucho más chocante para alguien sin esos conocimientos, aumentándose alarmantemente las probabilidades de afectación en el aspecto psicológico.

Para este tipo de servicios sanitarios, las gerencias deberían formar a los trabajadores o, al menos, darles las herramientas necesarias para identificar los posibles síntomas de depresión, para poder atajar un problema mental a la mayor brevedad posible.

6 Bibliografía

<https://www.escueladelaoposicion.com/actuacion-del-celador-en-la-sala-de-autopsias-funciones/>

”Actuación del celador en la sala de autopsias: funciones”

Escuela de oposición, Oposita con garantías. 07/09/2022 <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/papel-del-celador-en-una-sala-de-autopsias/#:::text=El%20celador%20en%20la%20sala,que%20se%20llevar%20a%20cabo.>

”Papel del celador en una sala de autopsias”. 24 marzo 2023

RSI (Revista Sanitaria de Investigación). Enfermería

Capítulo 739

EL CELADOR HOSPITALARIO Y LA IMPORTANCIA DE ESTAR FORMADO EN PRIMEROS AUXILIOS

MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ

JOSÉ MANUEL MORA FERNÁNDEZ

MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO

ALEJANDRO MORALES HERNÁNDEZ

ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Cuando pensamos en los trabajadores de centros hospitalarios, lo primero que nos viene a la cabeza son médicos o enfermeras/os, pero hay otras categorías profesionales como por ejemplo, la de Celador, que es la que cuenta con un mayor número de personal contratado.

Este empleado no tiene la consideración de sanitario, pero realiza muchas labores, para las que tendría que estar formado.

Por ejemplo, colabora con los auxiliares de enfermería en los cambios posturales de los pacientes, en la transferencias de los mismos de las camillas a las camas, o de las camas a las mesas de operaciones, pero no se le forma ni se le exigen conocimientos de posiciones anatómicas o de cómo realizar cambios de unas posturas a otras, en los enfermos.

También se ocupa del traslado de los pacientes, ya sea en silla de ruedas, camilla o cama, pero tampoco, las gerencias hospitalarias, se aseguran de que conozcan las técnicas adecuadas para realizar dichos traslados, de una forma segura tanto para el paciente como para él. Esto puede parecer innecesario, pero hay unas prácticas concretas al respecto a la hora de subir o bajar rampas, al entrar o salir de los ascensores y al cruzar puertas, ya sean automáticas o manuales.

2 Objetivos

Explicar la importancia de la formación a los celadores, por parte de las gerencias hospitalarias, en primeros auxilios.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha hecho una búsqueda y revisión bibliográfica en PubMed y Scielo, por ejemplo y en plataformas de internet. Se ha hecho una revisión sistemática de todo lo extraído, se han tomado los datos más importantes y se ha llegado a la redacción de este documento.

4 Resultados

Una de las funciones del celador en planta de hospitalización, es la vigilancia de los pacientes. Se puede pensar que, debido a esa vigilancia constante, no ocurrirán accidentes.

Algunas veces, cuando el enfermo se baja de la cama para sentarse en el sillón, ir al baño o a dar un paseo, bien por encontrarse mareado o simplemente por un tropiezo, puede caer al suelo. También puede pasar esto, mientras el celador ayuda al enfermo a moverse.

En caso de pacientes psiquiátricos o personas con Alzheimer o demencia senil, es normal que se sienten desorientados y con la necesidad de salir de la habitación y huir.

El celador también participa en la inmovilización de pacientes agresivos o en la retención de aquellos que se niegan a estar hospitalizados.

Colabora con otros profesionales, en este caso sanitarios, utilizando grúas para mover a enfermos o los llamados transfers.

En cualquiera de estos casos, puede ocurrir un accidente.

Es importantísimo que el celador tenga conocimiento en primeros auxilios, mientras llega el personal sanitario a asistir al paciente accidentado y saber distinguir entre los diferentes estados de consciencia, sabiendo realizar cambios posturales adecuados, para colocar al enfermo en posición de seguridad.

Conocer las maniobras de reanimación cardiopulmonar y saber efectuarlas, es muy importante.

En plantas de hospitalización de enfermos graves como puede ser la UCI o unidades de enfermos terminales, es indispensable que sepa comprobar signos vitales.

Saber reaccionar a tiempo en alguna de estas situaciones y poder ayudar al paciente, sin perjudicarle aún más en su salud, es algo en lo que el celador debería estar preparado.

En muchos casos, el trabajador desconoce todas estas técnicas, no pudiendo ayudar al paciente con la urgencia necesaria que requiere su situación.

5 Discusión-Conclusión

Al no considerarse al celador como trabajador sanitario, no se le exige ni se le forma en primeros auxilios, en posturas anatómicas o en maniobras de reanimación cardiopulmonar.

Ante cualquier accidente o problema del paciente, muchos celadores se ven en la obligación de alertar al resto de compañeros, pero sin poder hacer nada hasta la llegada de los mismos, por falta de conocimientos, cuando esos momentos inmediatos, pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte para el enfermo. Son las gerencias hospitalarias las que debían formar a todos los trabajadores en estos aspectos, que en muchos casos, aprenden sobre la marcha con el ejemplo y las indicaciones de otros profesionales, compañeros, que les enseñan sin recibir compensación alguna por labores de docencia.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/celador-seguridad-paciente/>

”EL CELADOR Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE FRENTE A LAS CAÍDAS HOSPITALARIAS EN LA MOVILIZACIÓN Y TRANSFERENCIAS”

Ocronos. Vol. VI. Nº 1–Enero 2023. Pág. Inicial: Vol. VI; nº1: 107.3 <https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/205b.htm#:text=La%20transferencia%20de%20pacientes%20en,%2Dm%C3%A9dico%2C%20t%C3%A9cnico%20de%20emergencias%2D>

"TRANSFERENCIA DE PACIENTES ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS"
<https://revistamedica.com/actuacion-funciones-celador-primeros-auxilios/>
"ACTUACIÓN Y FUNCIONES DEL CELADOR ANTE PRIMEROS AUXILIOS"
Ocronos. Vol. V. Nº 12–Diciembre 2022. Pág. Inicial: Vol. V; nº12: 458

Capítulo 740

CELADOR EN EL HOSPITAL: COORDINACIÓN Y TRABAJO EN EQUIPO

MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO

ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ

ALEJANDRO MORALES HERNÁNDEZ

JOSÉ MANUEL MORA FERNÁNDEZ

MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ

1 Introducción

El trabajo en equipo se refiere a la colaboración y coordinación de esfuerzos entre dos o más individuos con el propósito de lograr un objetivo común. En un entorno de trabajo en equipo, los miembros aportan sus habilidades, conocimientos y recursos únicos para abordar desafíos, resolver problemas, tomar decisiones y alcanzar metas de manera más efectiva y eficiente de lo que podrían hacerlo individualmente.

Trabajar como celador en un hospital constituye un rol fundamental en el entorno de la atención médica, donde se desempeñan una amplia gama de responsabilidades y tareas vitales para el funcionamiento diario y fluido, así como, la prestación de cuidados de calidad. El papel del celador trasciende más allá de simplemente trasladar pacientes; su labor es esencial para mantener la cohesión y la

sincronización de diversas actividades dentro del hospital. En este contexto, la habilidad de trabajar de manera efectiva en equipo emerge como una competencia esencial, ya que el celador desempeña un papel central en el engranaje multidisciplinario que compone el entramado de la atención sanitaria. Se presentan aspectos destacados sobre cómo el celador puede ejercer una influencia crucial en el trabajo en equipo dentro del hospital, dedicando sus tareas con el objetivo final de atender al paciente, mostrando humanidad y empatía, dando servicio a las necesidades de estos, dentro del hospital, y bajo las prescripciones médicas o del personal de enfermería.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer como un trabajo en equipo del celador, coordinando sus tareas con el resto de personal médico y sanitario, mejora la atención del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una exhaustiva búsqueda en la bibliografía existente. Se ha extraído la información más relevante, referente al tema a tratar, consultando, además, en diferentes buscadores de internet, visualizando varios artículos y blogs.

4 Resultados

A continuación se desarrollan algunos puntos destacados sobre cómo un celador puede desempeñar un papel crucial en el trabajo en equipo dentro de un hospital:

1. Coordinación de pacientes: Los celadores son responsables de transportar a los pacientes de una ubicación a otra del hospital. Esto puede implicar llevar a los pacientes a exámenes médicos, salas de operaciones, unidades de cuidados intensivos, entre otros lugares. Trabajar en equipo con otros miembros del personal médico, como enfermeras y médicos, es esencial para garantizar que los pacientes reciban la atención necesaria de manera oportuna.
2. Ayuda en procedimientos: Los celadores a menudo asisten en procedimientos médicos al transportar equipos y materiales necesarios. Esto puede incluir preparar las salas de examen o cirugía, ayudar a las enfermeras y médicos con

suministros y asegurarse de que todo esté listo para el procedimiento. La colaboración cercana con el personal médico es crucial para garantizar un flujo de trabajo eficiente y seguro.

3. Apoyo emocional: Los celadores también pueden brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias. Escuchar y responder a las preocupaciones de los pacientes, ofrecer palabras amables y proporcionar información sobre los procedimientos y la ubicación de las instalaciones son formas en las que los celadores pueden trabajar en equipo para brindar un entorno de atención compasivo.

4. Comunicación efectiva: El trabajo en equipo dentro de un hospital requiere una comunicación clara y efectiva. Los celadores deben comunicarse con enfermeras, médicos y otros miembros del personal para asegurarse de que los pacientes sean atendidos adecuadamente y que se cumplan todas las instrucciones.

5. Mantenimiento y logística: Los celadores también pueden contribuir al mantenimiento y la logística del hospital. Esto puede incluir asegurarse de que los suministros estén disponibles en las áreas necesarias, transportar equipos médicos y garantizar que las áreas estén limpias y ordenadas. Trabajar en estrecha colaboración con los departamentos de logística y mantenimiento es esencial para mantener el flujo de trabajo eficiente en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el trabajo en equipo implica la colaboración de todo el personal para lograr un objetivo común, aprovechando habilidades y recursos únicos. Como celador en un hospital, el rol es vital en la atención médica, más allá del transporte de pacientes. La coordinación de pacientes, asistencia en procedimientos y apoyo emocional son componentes cruciales. La comunicación efectiva con médicos y enfermeras garantiza la atención adecuada, mientras que el mantenimiento y logística contribuyen al flujo de trabajo. Los celadores también brindan humanidad y empatía a los pacientes y familias. Trabajar en equipo es esencial para garantizar la atención oportuna y la calidad en el hospital, desempeñando un papel esencial en la coordinación y ejecución de múltiples tareas.

6 Bibliografía

- TEMA-2.pdf (formacurae.es)
- Editorial MAD celadores
- Trabajo en Equipo | Qué es, características, ventajas, importancia y más (coworkingfy.com)

Capítulo 741

TÉCNICO DE RAYOS Y LA REALIZACIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA PERIAPICAL

MARTA PIRE SOLAUN

PAULA BURGALETA VÁZQUEZ

LAURA LÓPEZ ESCRIBANO

PAULA CEA MARTINEZ

SARA LAZARO LOPEZ

1 Introducción

Una radiografía periapical es una técnica de imagenología médica utilizada principalmente en odontología para examinar dientes individuales y las estructuras circundantes. Se emplea para diagnosticar afecciones dentales que no son visibles a simple vista, como caries profundas, infecciones, quistes y problemas en las raíces.

Durante la toma de una radiografía periapical, el paciente muerde una pequeña pieza de película radiográfica mientras se dirige un haz de rayos X hacia el área de interés. Esto captura una imagen detallada de la corona dental, la raíz y el hueso circundante. Las imágenes resultantes permiten al odontólogo evaluar la salud dental, identificar problemas ocultos y planificar tratamientos precisos.

Esta técnica es especialmente útil para observar cambios en la densidad ósea y la estructura dental, como fracturas radiculares o reabsorción ósea. Además, la radiografía periapical se utiliza antes, durante y después de procedimientos dentales, como endodoncias y extracciones, para monitorear la progresión y el éxito de los tratamientos.

A pesar de su utilidad, la radiografía periapical implica una baja exposición a la radiación y generalmente se considera segura. Sin embargo, su frecuencia debe ser controlada y se recomienda a las mujeres embarazadas que limiten su uso. En resumen, la radiografía periapical es una herramienta valiosa para los odontólogos al permitirles visualizar de manera detallada y precisa las condiciones dentales y óseas que de otra manera serían difíciles de detectar.

2 Objetivos

Mostrar las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la radiografía periapical.

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 técnico de rayos, también conocido como técnico radiólogo, juega un papel crucial en la obtención de radiografías periapicales de alta calidad y en el proceso de diagnóstico dental. Sus responsabilidades abarcan desde preparar al paciente hasta garantizar la seguridad radiológica y la precisión de las imágenes. Aquí hay un resumen de las funciones clave que desempeña el técnico de rayos en la radiografía periapical:

Preparación del paciente: El técnico de rayos es responsable de informar al paciente sobre el procedimiento y asegurarse de que esté cómodo y relajado antes

de la toma de la radiografía. Esto puede incluir explicar el proceso y responder a las preguntas del paciente.

Posicionamiento adecuado: El técnico de rayos debe asegurarse de que el paciente esté en la posición correcta para obtener una imagen precisa. Esto implica guiar al paciente para que muerda la película radiográfica y mantener su cabeza y mandíbula en la posición adecuada.

Uso de equipos: El técnico es responsable de operar el equipo de rayos X de manera segura y eficiente. Esto incluye establecer los parámetros correctos de exposición para obtener una imagen de alta calidad sin exponer innecesariamente al paciente a la radiación.

Control de radiación: Garantizar la seguridad radiológica es esencial. El técnico debe utilizar delantales y protectores de plomo para minimizar la exposición a la radiación tanto para el paciente como para sí mismo. También debe utilizar medidas de control de calidad para asegurarse de que los niveles de radiación sean los adecuados.

Colocación de la película: El técnico debe colocar la película radiográfica en la posición correcta dentro de la boca del paciente, asegurando que esté alineada con el diente de interés. Esto requiere destreza y precisión para obtener imágenes claras y detalladas.

Asistencia al odontólogo: Durante la toma de la radiografía, el técnico puede colaborar con el odontólogo para garantizar que la imagen capturada muestre el área requerida. Puede ser necesario ajustar la posición del paciente o del equipo para lograr la mejor visualización.

Mantenimiento de registros: El técnico debe documentar el procedimiento radiográfico realizado y mantener registros precisos de las imágenes obtenidas. Esto es esencial para el seguimiento de la salud dental del paciente y para futuras referencias.

El técnico de rayos desempeña un papel esencial en la obtención de radiografías periapicales de alta calidad. Su capacidad para trabajar en estrecha colaboración con el paciente y el odontólogo, mientras garantiza la seguridad y la precisión, contribuye directamente al proceso de diagnóstico y tratamiento dental efectivo.

5 Discusión-Conclusión

Para obtener una radiografía periapical de alta calidad, considera estas recomendaciones clave:

Posicionamiento preciso: Asegúrate de que el paciente esté en la posición adecuada, con la película radiográfica alineada con el diente de interés y el rayo X centrado en el área a examinar.

Colocación cuidadosa: Posiciona la película dentro de la boca del paciente de manera que esté cerca del diente y perpendicular al rayo X, evitando movimiento durante la exposición.

Exposición controlada: Utiliza parámetros de exposición correctos según las características del paciente y el área a capturar. Evita una sobreexposición innecesaria para reducir la dosis de radiación.

Protección radiológica: Tanto el paciente como el técnico deben usar delantales y protectores de plomo para minimizar la exposición a la radiación.

Colaboración con el odontólogo: Comunica con el odontólogo para asegurarte de que el área deseada se visualice correctamente y para ajustar la posición si es necesario.

Siguiendo estas recomendaciones, podrás obtener radiografías periapicales de alta calidad y precisión para facilitar el diagnóstico y el tratamiento dental.

6 Bibliografía

del Carmen Cruz, M. M. E., Flores, R. M. J. G. M., Pérez, M. A. S., Maldonado, M. V. I. M., & Gómez, M. A. N. Z. Dirección de Hospitales.

Capítulo 742

TURNICIDAD NOCTURNA Y ALTERACIONES ALIMENTARIAS EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL

ARÁNZAZU GONZÁLEZ ZAPICO

MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ ALONSO

LAURA LLERA DIAZ

LILIANA LÓPEZ PASTOR

MARGARITA GÓMEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La necesaria atención asistencial sanitaria continuada a la población obliga a las organizaciones sanitarias a gestionar y a programar los horarios de sus profesionales con cronogramas que en muchas ocasiones presentan una turnicidad con rotación en turnos horarios, en los que un mismo puesto de trabajo es cubierto en distinto horario por un mismo profesional.

El profesional que labora a turnos es aquel que presta sus servicios en horas diferentes, en periodo determinado de días o de semanas. Es una forma de organización del trabajo en equipos, que implica que el trabajador va ocupando sucesivamente el mismo puesto de trabajo, según el ritmo continuo/discontinuo, realizándose obligatoriamente de forma rotativa por los componentes del grupo laboral.

En el sector de profesionales de la salud, estos turnos de trabajo son muy irregulares o muy prolongados (existen turnos de guardias de 12, 24 y hasta 36 horas), porque llegan a causar trastornos de salud en los profesionales del hospital que los cumplen. Los horarios por turnos y sobre todo las guardias fuera del horario normal del día, tienen importantes implicaciones en el deterioro de la salud, tanto física como mental, de los trabajadores adscritos a ellos. Además, de implicaciones generales como el aumento de la baja productividad, el incremento del absentismo, una disminución de la calidad asistencial, etc., también se observan aspectos como la disminución de la calidad de vida de estos profesionales.

A nivel personal físico, estas rotaciones horarias en los cronogramas laboral van en contra de los biorritmos de la fisiología del organismo, y en consecuencias aparecen alteraciones del ritmo sueño/vigilia, que a su vez desajusta los demás ritmos biológicos del organismo como podemos citar; la producción hormonal equilibrada, problemas gastrointestinales, trastornos cardiovasculares, desorden sueño/vigilia, etc.

2 Objetivos

Identificar los posibles trastornos alimentarios producidos en los profesionales de los centros sanitarios que trabajan parte de su rotación horaria profesional en un turno nocturno.

3 Metodología

La metodología para la realización de este estudio se fundamenta en hacer una revisión bibliográfica de documentos obtenidos en bases de datos de páginas científicas de internet como Pubmed, Medline, Cochrane.

Las palabras claves utilizadas para esta búsqueda documental han sido: trastornos alimentarios, turno nocturno, personal hospitalario.

El periodo de recopilación documental se realizó entre los meses de junio 2023 y julio 2023, y se limitó el periodo de publicaciones al intervalo de tiempo que va desde el año 2000 al año 2022.

4 Resultados

En la literatura revisada, está extensamente descrito la función del sueño para el organismo, y todos los beneficios que este aporta con su función recuperadora

del mismo. Observamos que la media habitual de sueño diaria está en torno a las 7 horas días, ininterrumpidas, en las que se van sucediendo unos ciclos de diferentes intensidades de profundidad de somnolencia, y cuya misión principal es reajustar las diferentes funciones del organismo, como pueden ser modular diversas variables fisiológicas de nuestro organismo como son la regulación hormonal, frecuencia cardiaca, temperatura corporal, etc.,

Un aspecto importante observado en esta revisión documental es que el sueño es regulado por el ciclo luz/oscuridad del día, es decir, es un ritmo circadiano. Así es, que cuando baja la intensidad lumínica del día, el cerebro produce una hormona, la melatonina, que es la responsable de producir la somnolencia en el organismo y en consecuencia el sueño. De esta observación entendemos por qué el sueño se debe realizar en horario nocturno, y que, si este se realiza en horario diurno, iría en contra de la organización natural del biorritmo del sueño.

Los profesionales que laboran a turnos, entre los cuales hay turno en rotación nocturna, están desajustando la regulación natural de los biorritmos circadianos fisiológicos del organismo. El trabajar por la noche implica ir en contra del efecto de somnolencia que produce la melatonina, y el tener que dormir de día también va a la inversa del efecto de la importante intensidad lumínica natural que va en contra de la somnolencia.

Estos desajustes, inicialmente y principalmente del ritmo del sueño, son la causa de otras alteraciones y trastornos fisiológicos del organismo. El desajuste de estos ritmos biológicos debido a restricciones o modificaciones del sueño influye de forma negativa en la aparición de eventos fisiológicos negativos sobre la organización del organismo, como por ejemplo trastornos cardiovasculares, enfermedades crónicas no transmisibles, cánceres, alteraciones nutricionales, etc.

Son muchos los estudios revisados que indican, que un desajuste del ciclo sueño/vigilia como consecuencia del turno laboral nocturno, está muy directamente relacionado con la desregulación de la alimentación y sobre todo el apetito. Esta alteración de la forma de alimentación se fundamenta en unos profundos cambios hormonales, específicamente en lo que se refiere a la distribución de los niveles de leptina, hormona que actúa inhibiendo el apetito a nivel hipotalámico, y por aumento de ghrelina, hormona cuya función es estimular ciertas neuronas hipotalámicas que ocasionan aumento del apetito.

Estos trastornos en el apetito tienen unas consecuencias muy profundas y peligrosas para la salud del profesional con horario en turno nocturno. En un principio se pueden observar signos de obesidad con aumento de peso corporal superior a los niveles saludables, con un mayor porcentaje de grasa corporal, que suele distribuirse de forma androide, y que este aumento de peso favorece la

aparición, a su vez, de dolencias articulares, musculoesqueléticas y trastornos cardiovasculares a nivel circulatorio, tensión arterial, etc.

Otra consecuencia de un excesivo sobrepeso son las alteraciones y problemas respiratorios, aparición de diabetes mellitus tipo II, aparición de colesterol por el desajuste de la dislipemia que aparece con la realización del turno de noche.

5 Discusión-Conclusión

El sueño es una parte fundamental e imprescindible en la vida de los seres humanos. Es la parte del día en la que todos los sistemas metabólicos y funciones del organismo se recuperan fisiológicamente. Es una parte de la vida donde hay una gran actividad neurológica recuperadora.

El sueño es un biorritmo circadiano que está relacionado directamente con el ciclo luz/oscuridad del día, siendo la fase de oscuridad cuando más se aprovecha los efectos regeneradores del este. Cualquier modificación de esta relación influye en la aparición de trastornos a nivel fisiológico en el organismo.

Para una correcta atención hospitalaria, algunos de los profesionales del ámbito hospitalario laboran en base a unos cronogramas con turnicidad horaria de tres turnos, mañana, tarde y noche, obligando en muchas situaciones a estos trabajadores a gestionar sus horarios vitales en contra de sus biorritmos naturales. Así es que un profesional cuando trabaja en turno nocturno se obliga a realizar su parte de sueño en un horario distinto al de la noche, y en consecuencia lo realizará incorrectamente, en contra del ritmo del ciclo luz/oscuridad, y en consecuencia emperezarán a aparecer progresivamente diversos trastornos de salud.

Una de las principales alteraciones consecuencia del cambio de horario de sueño, realizado durante el día, son la aparición de trastornos nutricionales, gastrointestinales y digestivos. Progresivamente, aparecerá un desajuste del apetito, un aumento de peso que a su vez genera problemas músculo-esqueléticos, articulares, respiratorios, cardiovasculares, etc.

Además, esta inversión del horario del sueño implica trastornos metabólicos y hormonales, donde se puede observar la aparición de la diabetes mellitus, desajuste en los niveles de diferentes hormonas, incremento de la tasa de colesterol, etc.

6 Bibliografía

Trabajo a turnos y nocturno. Revista Seguridad y Salud en el trabajo. 2000 (8).

Úbeda asensio R. Trabajos a turnos: efectos médico-patológicos (Norma Técnica de Prevención 260. Instituto Nacional de Higiene Y seguridad en el Trabajo; 2009. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Guía de la Alimentación saludable. 2004

Bonet Porqueras R, Moliné Pallarés A, Olona Cabases M. et al. Turno nocturno: un factor de riesgo en la salud y calidad de vida en el personal de enfermería clínica. 2009; 19(2): 76-82.

Fernández Rodriguez MJ, Bautista Castaño I, Bello Luján I, Hernández Bethencourt I, Sánchez Villegas a, Serra Majem I. Valoración nutricional de trabajadores sanitarios expuestos a turnicidad en Canarias. Nutr Hosp, 2004; 19: 286-291.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). Recomendaciones sobre el trabajo nocturno. Ginebra: OIT. 2003.

Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. Boletín Oficial del Estado. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2011. El Instituto 2012.

Capítulo 743

EL CELADOR HOSPITALARIO Y LAS POSIBLES CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEBIDO A SU LABOR

ELENA GALÁN MORANTE

ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ

EVA MARIA LOBATO DIAZ

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

1 Introducción

A la categoría profesional de Celador que trabaja en hospitales, como formación académica mínima, se le requiere el Graduado Escolar o Graduado en E.S.O. Es decir, no necesita ninguna formación en el ámbito sanitario.

Cuando hablamos de celador hospitalario, la mayoría pensamos en el traslado de pacientes, como si fuera de lo único que se encarga este trabajador. Pero además, nos sugiere que es una labor fácil y llevadera.

El celador tiene unas funciones generales en todas las unidades en las que realiza su labor, pero otras específicas en cada puesto. Incluso en ciertos servicios hospitalarios, tiene funciones exclusivas a realizar.

Por ejemplo, en el Animalario, instalación presente en muchos hospitales, no tiene contacto con los pacientes, sino con los animales que se encuentran allí, a

los que se les realizan pruebas y análisis, que ayudan en el avance de la medicina y la cirugía. Se encargará de su alimentación, higiene, traslado a las salas en las que se le practicarán las pruebas, etc.

El celador de Rehabilitación, traslada a los pacientes de unas dependencias a otras donde se le aplicarán las terapias y ayuda a los sanitarios a su inmovilización, en los cambios posturales y al propio paciente, a realizar los ejercicios, encomendados por los profesionales sanitarios, para mejorar su salud.

2 Objetivos

Explicar cómo el celador que trabaja en hospitales está expuesto a una presión psicológica importante y puede llegar a desarrollar enfermedades nerviosas y psicológicas.

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 sus labores diarias trata, generalmente, con los pacientes. Pero no se encarga sólo de su acompañamiento o traslado de unas estancias a otras, sino que interactúa con ellos.

Durante la COVID-19, el trabajo del celador ha supuesto una enorme carga tanto física como psicológica, debido al aumento extremo de enfermos en los hospitales, de fallecidos a causa del virus y a la preocupación del mismo trabajador, de ser positivo en la enfermedad y contagiarla a sus seres queridos al llegar a casa.

En el servicio de Urgencias, en plantas hospitalarias con un alto número de decesos como UVI (UVI), tanto de adultos como pediátrica, este trabajador es susceptible de sufrir consecuencias psicológicas.

En todos los servicios hospitalarios, el celador es necesario, incluso en la sala de Necropsias. Allí, este empleado se encarga del traslado del fallecido, de la asistencia a los médicos y enfermeros/as durante la autopsia, pero también realiza

el aseo del cuerpo, de rellenar las partes que han quedado huecas y del traslado de los órganos y partes extraídas a los laboratorios pertinentes.

En planta de hospitalización en las que se encuentran enfermos terminales, les acompañará y asistirá en los últimos momentos de su enfermedad y su vida, con lo cual, su trabajo conlleva un trato muy personal y empático.

Todo esto, puede ocasionar al trabajador problemas o alteraciones del sueño, insomnio, fatiga, ansiedad, estrés, falta o exceso de apetito y con ello, llegar a sufrir problemas gastrointestinales.

En algunas ocasiones, en determinados servicios hospitalarios, algunos trabajadores han llegado a desarrollar fobias, como por ejemplo Necrofobia, que es un miedo intenso y desmedido por elementos relacionados con la muerte o cadáveres, sufriendo ataques de ansiedad en algún momento de su trabajo.

El síndrome de Burnout es cada vez más habitual entre los trabajadores hospitalarios, tanto sanitarios como no sanitarios.

Es muy importante que el trabajador, sepa detectar síntomas de posibles alteraciones psicológicas debido a su trabajo y acuda a recibir ayuda médica y terapias, lo antes posible.

5 Discusión-Conclusión

El celador que trabaja en hospitales, en la mayoría de los servicios sanitarios y hospitalarios, trata directamente con el paciente, algunos con enfermedades graves, muy graves y otros con dolencias leves.

A servicios como Urgencias o a plantas hospitalarias, llegan personas accidentadas, con enfermedades que ponen en peligro su salud y a veces, fallecen. A veces el trabajador tiene que tratar de forma muy personal con enfermos en los últimos días de sus vida.

Este empleado, no suele estar preparado para afrontar estas situaciones y a veces, podemos pensar, que al realizar durante largo tiempo su trabajo, pueda llegar a "inmunizarse".

Pero estudios realizados durante décadas, han demostrado que trabajadores del ámbito sanitario, son susceptibles de sufrir consecuencias psicológicas debidas a la realización de sus labores.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/necrofobia-riesgo-psicosocial-celador-anatomia-patologica/>

”LA NECROFOBIA COMO RIESGO PSICOSOCIAL DEL CELADOR EN ANATOMÍA PATOLÓGICA”

Ocronos. Vol. III. N° 1 – Mayo 2020. Pág. Inicial: Vol.III;n°1:9 <https://revistamedica.com/factores-riesgos-psicosociales/#::text=Entre%20ellos%20est%C3%A1n%20el%20estr%C3%A9s,los%20tiempos%20de%20trabajo%2C%20etc.>

”RIESGOS PSICOSOCIALES DEL PERSONAL NO SANITARIO”

Ocronos. Vol. IV. N° 12–Diciembre 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; n°12: 39

Capítulo 744

EL TELEFONISTA: CONSECUENCIAS DE SU LABOR DURANTE LA PANDEMIA

EVA MARIA LOBATO DIAZ

ELENA GALÁN MORANTE

FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los hospitales, realizan asistencia sanitaria al usuario/paciente de tres formas diferentes: presencial, telemática y telefónica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2 como emergencia de salud pública de importancia internacional el 30 de enero de 2020.

Como medida preventiva para evitar contagios, se disminuyó notablemente la atención presencial en los hospitales.

Es decir, se atendía a los usuarios/enfermos urgentes y hospitalizados. Se anularon citas de revisiones que pudieran ser pospuestas, además de cirugías no urgentes. El trato sanitario en la inmensa mayoría de los ciudadanos, pasó a ser de forma telefónica, siempre en la medida de lo posible.

La labor de la categoría profesional en los hospitales de Telefonista, adquirió una importancia notable.

Todo primer contacto con la asistencia sanitaria, se realizaba de forma telefónica. Este tipo de trabajador, que para el paciente es invisible, sufrió un estrés considerable durante la pandemia, al igual que el resto de personal que trabaja en hospitales.

La mayoría de las comunicaciones telefónicas recibidas, iban acompañadas de frustración, nerviosismo, enfado o queja, afectando de forma psicológica a las personas que realizan este trabajo.

Además de conocer la centralita en la que trabajan y los programas y aplicaciones a utilizar en su jornada laboral, debe contar con unas habilidades sociales, muy importantes en la atención en esta etapa.

2 Objetivos

Mostrar el trato sufrido por el Telefonista que trabaja en hospitales, por parte de los pacientes, debido a la pandemia de la COVID-19 y sus posibles consecuencias en este personal.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha hecho una búsqueda bibliográfica en PubMed y SCielo, por ejemplo y en plataformas de internet. Se ha hecho una revisión sistemática de todo lo extraído, se han tomado los datos más importantes y se ha llegado a la redacción de este documento.

4 Resultados

Cuando hablamos de agresiones, todos nos paramos a pensar en las físicas, pero las verbales, pueden acarrear consecuencias serias para la persona que las recibe. El Telefonista que trabaja en hospitales, durante la pandemia, ha sido víctima de múltiples agresiones en ese sentido.

La sociedad en general, no tenía información sobre la COVID-19, era una enfermedad de nueva aparición y la información que se daba en medios de comunicación, cambiaba de un día para otro.

Cuando se hablaba de la pandemia, a lo que más se prestaba atención era al aumento extremo de decesos debido a la enfermedad. Esta falta de comunicación,

la alarma social y casi la hipocondría a la que se llegó, se reflejaron en la labor del telefonista hospitalario.

Por mucha preparación que tenga el telefonista en cuanto a habilidades sociales, vio que la recogida de llamadas se multiplicaba exponencialmente. Todas las centralitas permanecían ocupadas, con lo cual, una vez que se atendía al usuario, este se mostraba impaciente, predispuesto a la queja y a la discusión.

Muchos de estos trabajadores, sufrieron de ansiedad, estrés, fatiga tanto física como mental y angustia que se reflejó en insomnio, otros trastornos del sueño, alteraciones en el apetito, sensación constante de cansancio y depresión.

Debido a todo ello, muchos telefonistas pasaron a la irritabilidad, al endurecimiento en el trato con el paciente e, incluso, a la despersonalización de este.

Al aparecer la COVID-19, todo se centró en encontrar soluciones, en evitar contagios y muertes, no hubo tiempo para la preparación psicológica del personal, tanto sanitario como no sanitario.

Aumentaron considerablemente las bajas laborales, el absentismo y el rechazo de muchas personas a la hora de los llamamientos para trabajar de Telefonista hospitalario, suponiendo más presión aún si cabe y más carga de trabajo para los que ya estaban contratados.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación telefónica es más impersonal que la presencial.

En el caso de la salud, el usuario/paciente, siente que se le trata de manera despreocupada o no se le da la importancia necesaria a su problema.

Debido a la pandemia de COVID-19, la atención sanitaria telefónica ha prevalecido frente a la presencial, incluso siendo esta última, inexistente a menos que fueran casos urgentes.

El/la Telefonista hospitalario, ha visto como su carga de trabajo no sólo aumentaba considerablemente, sino que las personas con las que trataba, se encontraban con altos niveles de nerviosismo, enfado y llamaban predispuestos a la discusión y la queja.

Esto ha afectado en gran medida a la salud psicológica de estos trabajadores que, para el paciente, eran invisibles.

6 Bibliografía

<https://www.insst.es/documents/94886/2927460/Estudio+de+situaci%C3%B3n+de+los+riesgos+psicosociales+en+el+personal+de+centros+sanitarios+>

impacto+de+la+pandemia+por+COVID-19.pdf/33316804-c596-d870-584f-37728c36345c?t=1671539891035

"IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19. ESTUDIO DE SITUACIÓN DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS" https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200008

"Efectos psicológicos de la pandemia covid 19 en el personal del ámbito sanitario" *Enferm. glob.* vol.20 no.62 Murcia abr. 2021 Epub 18-Mayo-2021

Capítulo 745

EL CELADOR HOSPITALARIO: DIFERENTES TIPOS DE CAMAS QUE EXISTEN EN UN HOSPITAL

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

DOMENICA AUDITORE BRICHETE

ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA

1 Introducción

La categoría profesional que realiza su labor en centros hospitalarios, con un número más alto de personas contratadas, tanto en hospitales públicos como privados, es la de Celador.

Esta categoría no está considerada como sanitaria, pero en todas y cada una de las unidades o servicios hospitalarios, nos podemos encontrar con celadores.

El celador tiene unas funciones generales, como por ejemplo, la de la vigilancia de las estancias en las que trabaja, para que permanezcan en perfecto orden y limpieza y con un ambiente tranquilo.

Pero también, unas particulares para cada servicio en el que trabaja. Por ejemplo, en Farmacia Hospitalaria se encarga, entre otras cosas, de abastecer a las plantas

hospitalarias de los medicamentos que han sido solicitados, para administrar a los pacientes.

En el Animalario, instalaciones que se encuentran en muchos hospitales, se encarga del mantenimiento de las salas, de la alimentación, higiene y cuidado de los animales con los que se realizan investigaciones para avanzar en medicina.

En la mayoría de unidades, se encarga del traslado de pacientes, bien desde las plantas de hospitalización, bien desde Urgencias, etc., a las salas de pruebas donde se le realizarán exámenes.

Con lo cual, tiene que ser conocedor de los diferentes tipos de camas que existen en un hospital.

2 Objetivos

Enumerar y explicar brevemente, los distintos tipos de camas que existen en un hospital, utilizadas de acuerdo a la patología del enfermo o paciente.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha hecho una búsqueda bibliográfica en PubMed y SCielo, por ejemplo y en plataformas de internet. Se ha hecho una revisión sistemática de todo lo extraído, se han tomado los datos más importantes y se ha llegado a la redacción de este documento.

4 Resultados

Tipos de camas hospitalarias:

En las plantas de hospitalización psiquiátrica, las camas a utilizar son las rígidas. Es decir, sin mecanismo de movimiento articular.

Las articuladas se utilizan en plantas donde el paciente puede permanecer en cualquier postura y manipular la cama para buscar su comodidad. Pueden estar divididas en dos, tres o cuatro partes o segmentos, para mover por separado la cabeza y espalda, la pelvis y las extremidades inferiores.

Hay un tipo de cama, con las mismas funciones que la anterior, pero que además se inclina hacia la derecha o hacia la izquierda, más utilizada en la UCI, y es la llamada cama tipo libro.

En pacientes a los que se les ha practicado cirugía en una pierna, por ejemplo, pero el resto del cuerpo lo mueven bien, la cama más adecuada es la de Judet, ya

que el enfermo se sirve de unas poleas con tracción, para agarrarlas y ayudarse en los movimientos.

En cuanto a la electrocircular, es la indicada en pacientes politraumatizados, con lesiones medulares o fracturas de columna, ya que permite el movimiento total, incluyendo giros de 180 grados.

En la unidad de quemados, la cama que mejor se adapta al tipo de pacientes que en ella se encuentran es la llamada cama de levitación: una corriente continua de aire, permite que el paciente se encuentre en flotación, no teniendo contacto alguno con la propia cama.

Cuando un paciente pasa mucho tiempo en cama, para evitar úlceras por presión, lo ideal es la cama Roto Rest, que está constantemente en movimiento, para el reparto equitativo del peso.

La cama Gatch: permite fácilmente, cambiar la postura del enfermo de decúbito supino a sentado.

Para los recién nacidos con menos de 27 semanas de gestación o aquellos que tienen un peso corporal inferior a los dos kilos y medio, están las incubadoras, una pequeña cuna con paredes plásticas transparentes que, para manejar al bebé, cuentan con una especie de guantes, para introducir las manos, protegiéndole de cualquier amenaza ambiental para su salud. Las incubadoras, siempre tienen la misma temperatura, la misma humedad y la concentración de oxígeno adecuada para el neonato.

5 Discusión-Conclusión

Es muy habitual que el celador vaya cambiando de una unidad o de un servicio hospitalario a otro, de unas plantas de hospitalización a otras y encontrarse con diferentes tipos de camas.

Es importantísimo que conozca todas y cada una de las clases de cama que existen en un hospital y para los pacientes en las que está indicada cada una de ellas, ya que se encarga del traslado de los mismos, y nunca deberá llevar una cama a la planta hospitalaria que no es.

También debe ser conocedor del funcionamiento de las mismas, la mayoría con mando, para poder adecuar su articulación al estado del paciente.

6 Bibliografía

<https://ortoprono.es/blog/equipamiento-para-el-hogar/tipos-de-camas-hospitalarias-y-para-que-sirven/>

"Tipos de camas hospitalarias y para qué sirven" ortoprano.es <https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-3.html>

"TIPOS DE CAMAS HOSPITALARIAS" celadoresonline.blogspot.com

Capítulo 746

EL ROL DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS: UN PILAR ESENCIAL EN LA ATENCIÓN MÉDICA

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA

DOMENICA AUDITORE BRICHETE

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ

1 Introducción

Dentro del hospital, en el servicio de urgencias, el servicio de atención es de 24 horas al día. Es uno de los componentes más críticos y dinámicos dentro de cualquier centro médico.

En este entorno, el rol de celador adquiere una relevancia fundamental, ya que despliega una serie de funciones esenciales que contribuyen directamente al funcionamiento fluido y eficaz de este servicio vital para la atención médica de emergencia.

El celador en urgencias es mucho más que una figura que realiza tareas de transporte; su labor abarca una amplia gama de responsabilidades que van desde la

asistencia directa al paciente hasta el apoyo logístico y la colaboración estrecha con el personal médico y de enfermería.

El celador ha de mostrar su rol humano y de soporte emocional, tanto al paciente que acude a urgencias, como a los familiares, que llegan al centro angustiados y desconcertados, muchas veces con una urgencia vital, donde la coordinación del celador con el personal administrativo, médico y de enfermería, debe ser óptima y rápida. Para ello, el celador tiene que recibir una correcta formación, ofrecida por el centro sanitario, y tener conocimiento de las instalaciones que ofrece el centro, basándose en un bien primordial: el bienestar del paciente, en ocasiones, la rapidez marca la diferencia entre la vida y la muerte, en un paciente crítico.

2 Objetivos

- Mostrar el rol que tiene el celador en un servicio de urgencias, en el hospital, que va más allá de una simple labor logística.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha consultado entre la bibliografía existente, referente al tema a tratar, desde el punto de vista de un celador en un centro hospitalario.

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

4 Resultados

Una de las tareas primordiales del celador en urgencias es la atención y el cuidado directo del paciente.

Desde el momento en que un paciente llega al área de urgencias, el celador se convierte en un punto de contacto esencial.

Es el encargado de recibir al paciente, proporcionarle información, acompañarlo durante su estancia y asistirlo en el proceso de admisión. Esta labor de acogida y apoyo emocional resulta crucial, ya que en situaciones de emergencia, los pacientes pueden estar ansiosos, confundidos o en estado de shock, y la presencia calmante y empática del celador puede marcar una gran diferencia en su experiencia.

Además de su rol humano y de soporte emocional, el celador también desempeña un papel logístico vital en el funcionamiento de urgencias.

La gestión de flujo de pacientes es una de las tareas centrales del celador, asegurando que los pacientes sean dirigidos hacia las áreas pertinentes en función de su estado de salud y la gravedad de su situación. Esto implica coordinar el traslado de pacientes a diferentes secciones del servicio de urgencia, como la sala de triaje, las salas de espera, las áreas de diagnóstico por imágenes y, en casos más críticos, a las salas de Unidad de Cuidados Intensivos.

Asimismo, el celador es el responsable de facilitar la movilidad de los pacientes que requieren pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas u otros procedimientos especializados. Colabora en el traslado de los pacientes a radiología, laboratorio, quirófano u otras áreas relevantes, asegurándose de que se realice de manera segura y eficiente.

En situaciones donde se requiere la movilización de pacientes con limitaciones físicas o condiciones especiales, el celador desempeña un papel importante al garantizar que se apliquen las medidas adecuadas para evitar lesiones y malestar. La colaboración y comunicación efectiva entre el celador y el personal médico y de enfermería son fundamentales para garantizar un cuidado integral y coordinado. El celador actúa como un enlace vital, proporcionando información esencial sobre el estado y las necesidades de los pacientes a los profesionales de la salud. Esta comunicación bidireccional es esencial para la toma de decisiones clínicas informadas y para asegurar que los pacientes reciban la atención adecuada en el momento adecuado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del celador en el servicio de urgencias hospitalarias es diverso y multifacético, además de esencial para el funcionamiento efectivo de este entorno crítico y dinámico. Su labor va más allá del transporte y abarca tareas de apoyo emocional, gestión del flujo de pacientes, coordinación logística y colaboración estrecha con el personal médico y personal de enfermería.

La presencia y dedicación del celador son pilares fundamentales que contribuyen a brindar una atención médica de calidad y humanizada en situaciones de emergencia, garantizando que los pacientes reciban la asistencia necesaria en los momentos más cruciales de su salud.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en urgencias, UCI y UVI | FísioStar. Editorial MAD.
2. Celadores online de instituciones sanitarias: Tema 27. Actuación del celador en el servicio de Urgencias.

Capítulo 747

EL CELADOR HOSPITALARIO Y SU LABOR EN EL ASEO PERSONAL DE LOS PACIENTES

DOMENICA AUDITORE BRICHETE

MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

1 Introducción

A la categoría profesional de celador en entidades sanitarias se le exige como requisito mínimo para su contratación en hospitales públicos, el certificado de Graduado Escolar o su equivalente actual, que es el certificado de Graduado en E.S.O.

Es decir, no se le exigen conocimientos sanitarios, ya que esta categoría no entra dentro de esa calificación.

Pero cuando trata directamente con los pacientes es muy importante que conozca las diferentes posiciones anatómicas de un enfermo hospitalizado y la manera de realizar los movimientos del mismo, para llegar de una postura a otra de una forma correcta.

Al ocuparse del traslado de pacientes, es imprescindible que tenga conocimiento de las técnicas estudiadas generales, en este sentido. Por ejemplo, al subir o bajar rampas, al entrar o salir de ascensores, al cruzar puertas ya sean manuales o automáticas, etc., debe realizarlo siguiendo las pautas de traslado de pacientes, que evitan accidentes o golpes que pueden ser perjudiciales para el paciente y para la salud física del empleado.

En plantas hospitalarias colabora junto con los auxiliares de enfermería, en el aseo de los pacientes que no se sirven por sí mismo. También es importante que en este caso, tenga las nociones necesarias para realizar su trabajo de una forma eficiente.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende explicar brevemente las técnicas adecuadas para realizar la higiene personal de un paciente hospitalizado que permanece en cama.

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

La higiene del paciente por parte de los trabajadores que le atienden en un hospital, debe ser un acto íntimo, que respete la dignidad del enfermo.

Antes de comenzar el proceso, se le informará de lo que se le va a hacer, se correrán las cortinas o el biombo y se procederá.

El orden es el siguiente: en caso de los hombres, se les afeitará la cara en primer lugar. Tanto en hombres como en mujeres, se lavarán primero los ojos, con suero salino, para pasar al resto de la cara. Seguidamente, el cuello y los hombros, el tórax y las mamas, brazos, manos y axilas, abdomen, piernas y pies, espalda y glúteos girándole con cuidado y se terminará con la zona genital.

Cada vez que se pase de una zona a otra del cuerpo, se deberá tirar el agua y cambiarla por limpia.

La higiene bucal es importantísima y se realiza con una torunda o bola de algodón envuelta en gasa esterilizada, mojada con una solución antiséptica apta para este tipo de higiene.

El lavado de cada parte del cuerpo se hace enjabonando primero la zona, enjuagando después, aclarando y secando a base de pequeños golpecitos para no frotar la piel.

El celador tiene que ser conocedor de las posturas anatómicas, ya que debe posicionar al enfermo, primero en decúbito supino y después en decúbito lateral para realizar bien su trabajo.

Es importante que tenga cuidado de no mojar la cama.

Se vestirá al enfermo con el pijama o camisón y se procederá a cambiar las sábanas, con el paciente tumbado, siguiendo también unas técnicas específicas estudiadas para ello.

Los trabajadores que realizan esta labor, deben darle la naturalidad adecuada para que el paciente no se sienta violentado durante su higiene personal.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el celador, que colabora con otros profesionales en la higiene personal de los pacientes que no pueden hacerlo por sí mismos, sea consciente de lo que el acto supone. Es decir, el enfermo, en ese momento se siente vulnerable y puede sentir vergüenza, al realizársele algo tan personal.

Además, debe conocer las técnicas y el orden de las partes que debe ir lavando, así como las posturas anatómicas y los cambios a realizar en los pacientes, para llegar a la posición adecuada.

La comunicación con el paciente en estos momentos, siempre que sea respetuosa y educada, le ayudará a que el proceso le sea más íntimo y digno.

6 Bibliografía

1. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/aseo-del-paciente-entre-los-habitos-y.html>.
2. Tema 5. Aseo del Paciente” celadoresonline.blogspot.com https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/b1_higiene_paciente_cama.pdf.

Capítulo 748

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN CASO DE DISFAGEA OROFARÍNGEA

MARTA ROJAS CAÑAS

1 Introducción

La disfagia orofaríngea, o dificultad para tragar, es un problema que puede afectar a personas de todas las edades y se asocia con diversas condiciones médicas. En esta exploración, nos adentraremos en el papel crucial del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) al abordar la disfagia orofaríngea. Analizaremos cómo el Técnico puede brindar cuidados y apoyo esenciales para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes que enfrentan esta dificultad, colaborando con el equipo de salud y contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los afectados.

El número de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el contexto de pacientes con disfagia orofaríngea puede variar según las políticas y necesidades de la institución de salud, así como la cantidad de pacientes que requieran atención específica debido a esta condición.

Dado que la disfagia orofaríngea puede tener un impacto significativo en la nutrición y la calidad de vida de los pacientes, es esencial asegurarse de contar con un número adecuado de Técnicos para brindar la atención y el apoyo necesarios. La colaboración entre el equipo de salud, incluidos médicos, enfermeras, terapeutas

del habla y otros profesionales, es clave para diseñar un plan de cuidados integral y personalizado para cada paciente con disfagia

2 Objetivos

- Colaboración, observación y reporte de síntomas por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
- Apoyo emocional y mantenimiento de la dignidad.

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 en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en la atención y el apoyo a los pacientes con disfagia orofaríngea. Sus funciones son esenciales para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes al abordar los desafíos que esta condición puede presentar. A continuación, se describen algunas de las funciones que el Técnico puede realizar en el caso de pacientes con disfagia orofaríngea:

- Asistencia en la Alimentación: El Técnico puede colaborar con el personal de enfermería para alimentar a los pacientes con disfagia, asegurándose de seguir las pautas y recomendaciones del terapeuta del habla o del equipo médico. Esto puede incluir la preparación de alimentos modificados en textura y consistencia.
- Vigilancia durante la Alimentación: El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede observar cuidadosamente la alimentación de los pacientes con disfagia para detectar signos de dificultad o aspiración. Si se observan problemas durante la alimentación, debe comunicar de inmediato al personal de enfermería o al terapeuta del habla.

- Colaboración en la Administración de Medicamentos: Si se requiere la administración de medicamentos, el Técnico puede colaborar en la administración y asegurarse de que los medicamentos sean tomados correctamente y sin problemas de deglución.
- Higiene Oral: El Técnico puede ayudar con la higiene oral después de la alimentación para prevenir la acumulación de residuos en la boca y minimizar el riesgo de infecciones respiratorias.
- Asistencia en la Comunicación: Si los pacientes tienen dificultades para comunicarse debido a la disfagia, el Técnico puede brindar apoyo en la comunicación utilizando métodos alternativos como pizarras de comunicación o dispositivos de comunicación asistida.
- Colaboración en la Movilización: En algunos casos, los pacientes con disfagia pueden requerir cambios de posición o elevación de la cabeza para reducir el riesgo de aspiración. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede colaborar en estas tareas para asegurarse de que se sigan las indicaciones del equipo de salud.
- Observación y Reporte de Síntomas: El Técnico debe observar y registrar cualquier síntoma de aspiración, dificultades para tragar u otras complicaciones relacionadas con la disfagia, y comunicar esta información al personal de enfermería o al terapeuta del habla.
- Colaboración en la Educación: El Técnico puede brindar información básica a los pacientes y sus familias sobre la importancia de seguir las pautas de alimentación y cuidado recomendadas por el equipo de salud.
- Apoyo Emocional: El Técnico puede proporcionar un apoyo empático y compasivo a los pacientes y sus familias, reconociendo las dificultades que la disfagia puede presentar en la vida diaria.
- Mantenimiento de la Dignidad: Es esencial que el Técnico brinde atención con respeto y dignidad, asegurándose de que los pacientes con disfagia sean tratados con sensibilidad y cuidado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel crucial en la atención y el cuidado de pacientes con disfagia orofaríngea. A través de sus funciones y responsabilidades, el Técnico contribuye significativamente a garantizar la seguridad, el bienestar y la calidad de vida de los pacientes que enfrentan dificultades para tragar.

El Técnico colabora de manera estrecha con el equipo de salud, incluyendo enfermeras, terapeutas del habla y otros profesionales, para implementar adecuadamente las estrategias de alimentación y cuidado diseñadas para abordar la disfagia. Su presencia es esencial en la supervisión durante la alimentación, la administración de medicamentos y la observación de cualquier signo de complicaciones. Además, el TCAE desempeña un papel clave en la comunicación y la interacción con los pacientes, brindando apoyo emocional y apoyando en la adaptación a las necesidades cambiantes.

La atención compasiva y el enfoque centrado en el paciente que el Técnico aporta son vitales para garantizar que los pacientes con disfagia orofaríngea reciban la atención adecuada y se sientan cómodos y respetados en todo momento. Su contribución esencial ayuda a mantener un entorno seguro y acogedor para estos pacientes, promoviendo una mejor calidad de vida y una atención integral que aborde tanto las necesidades físicas como emocionales.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 749

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN PEDIATRÍA

LARA ALVAREZ ALCAIDE

MONICA NAVARRO AGUILERA

MARTA ORTEGA GOMEZ

ÁLVARO CASTILLO ORTEGA

ELENA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

La labor del auxiliar administrativo en el entorno pediátrico es de suma importancia para garantizar el funcionamiento eficiente de las unidades de atención médica dirigidas a niños y adolescentes. En esta exploración, analizaremos el papel fundamental que desempeña el auxiliar administrativo en el ámbito de la pediatría. Examinaremos cómo su labor de organización, gestión de citas, manejo de expedientes y comunicación con los pacientes y sus familias contribuye al funcionamiento fluido y a la calidad de la atención en estas unidades de salud especializadas.

El número de auxiliares administrativos en una unidad de pediatría puede variar según el tamaño del centro de salud, la cantidad de pacientes atendidos y la complejidad de las operaciones administrativas. En general, los hospitales y centros de salud deben determinar la cantidad de auxiliares administrativos necesarios en función de la carga de trabajo y las demandas de la unidad de pediatría.

El apoyo brindado por el auxiliar administrativo a los médicos en el entorno de pediatría es esencial para garantizar una atención médica eficiente y de calidad. Algunas de las formas en las que el auxiliar administrativo puede respaldar a los médicos incluyen preparación de documentación, preparación de citas, gestión de expedientes y comunicación con las familias.

2 Objetivos

- Funcionamiento fluido y a la calidad de la atención en estas unidades de salud especializadas.
- Coordinación general de recursos por parte del auxiliar administrativo.

3 Metodología

Para la realización de la presente comunicación, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 auxiliar administrativo en el entorno de pediatría realiza una serie de funciones esenciales que contribuyen al funcionamiento fluido de la unidad y a la atención adecuada de los pacientes pediátricos. Algunas de las funciones que desempeña incluyen:

- Gestión de Citas: Programar y coordinar citas médicas para los pacientes pediátricos, asegurando una distribución adecuada del tiempo y evitando demoras innecesarias.
- Recepción y Atención al Público: Dar la bienvenida a los pacientes y sus familias, brindar información sobre los procedimientos y requisitos, y responder a preguntas generales.
- Registro de Pacientes: Recolectar y registrar la información demográfica y médica de los pacientes, así como mantener actualizados los expedientes médicos y de antecedentes.

- Manejo de Expedientes: Organizar y mantener los expedientes médicos, asegurando que estén completos, ordenados y accesibles para el personal médico autorizado.
- Facturación y Cobros: Ayudar en la facturación de los servicios médicos prestados a los pacientes, así como en la cobertura de seguros y el procesamiento de pagos.
- Comunicación: Facilitar la comunicación entre el personal médico, los pacientes y sus familias, asegurando que los mensajes sean entregados de manera adecuada y oportuna.
- Coordinación de Recursos: Colaborar con otros departamentos para asegurarse de que los recursos necesarios, como las salas de examen y los equipos médicos, estén disponibles y en condiciones óptimas.
- Apoyo a los Médicos: Asistir a los médicos y personal médico en tareas administrativas, como preparar informes, documentar resultados y completar formularios.
- Atención Telefónica: Atender llamadas telefónicas y proporcionar información a los pacientes y sus familias sobre los procedimientos, resultados de exámenes y otros aspectos médicos.
- Mantenimiento de Suministros: Garantizar que los suministros de oficina y materiales necesarios para el funcionamiento de la unidad estén disponibles y ordenados.
- Confidencialidad: Mantener la confidencialidad de la información médica y personal de los pacientes, siguiendo las normas de privacidad y seguridad.
- Apoyo a la Administración: Colaborar con tareas administrativas generales, como archivar, hacer copias y mantener registros financieros.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en el entorno de pediatría es de suma importancia para el funcionamiento eficiente y la calidad de la atención en las unidades de salud que atienden a niños y adolescentes. A través de sus diversas funciones, el auxiliar administrativo contribuye significativamente al proceso de atención médica, aliviando la carga de trabajo administrativo de los

profesionales de la salud y permitiéndoles concentrarse en la atención directa a los pacientes.

La gestión de citas, la preparación y organización de expedientes médicos, la comunicación con pacientes y familias, y la coordinación interdepartamental son solo algunas de las áreas en las que el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental. Su capacidad para mantener registros precisos, garantizar un flujo de trabajo eficiente y proporcionar apoyo a médicos y pacientes es esencial para mantener una unidad de pediatría efectiva y de alta calidad.

Además, la actitud empática, la habilidad para manejar situaciones de estrés y la comunicación efectiva son cualidades cruciales para un auxiliar administrativo en pediatría. Al interactuar con los pacientes más jóvenes y sus familias, el auxiliar administrativo desempeña un papel importante en la creación de un ambiente acogedor y amigable.

En última instancia, el auxiliar administrativo en pediatría contribuye al bienestar general de los pacientes pediátricos, asegurando que su experiencia en la unidad de salud sea lo más cómoda y fluida posible. Su labor es esencial para garantizar una atención médica integral y de calidad en el campo de la pediatría, colaborando estrechamente con el equipo de salud para brindar un servicio integral a los niños y adolescentes que requieren cuidados médicos.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 750

LA HISTORIA CLÍNICA Y SU GESTION POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

LARA ALVAREZ ALCAIDE

MONICA NAVARRO AGUILERA

MARTA ORTEGA GOMEZ

ÁLVARO CASTILLO ORTEGA

ELENA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

La historia clínica es un componente fundamental en la atención médica, ya que recopila información relevante sobre la salud, diagnósticos, tratamientos y seguimiento de los pacientes a lo largo del tiempo. En esta exploración, examinaremos el papel esencial que desempeña el auxiliar administrativo en la gestión de la historia clínica en un entorno médico. Analizaremos cómo su labor de organización, mantenimiento, confidencialidad y colaboración con el equipo de salud contribuye a garantizar una atención integral y de calidad a los pacientes, así como el cumplimiento de normas y regulaciones médicas.

Existen diferentes tipos de formatos de historia clínica utilizados en el ámbito médico, y la gestión de estos registros por parte del auxiliar administrativo es

crucial para mantener la integridad de la información y garantizar una atención de calidad. A continuación, se presentan algunos tipos de formatos de historia clínica y cómo el auxiliar administrativo participa en su gestión (Formato papel, Sistemas Electrónicos de Registros, Formatos Específicos para Especialidades, Consentimientos y Formularios, Confidencialidad y Cumplimiento Normativo, Coordinación con el Equipo Médico, Archivado y Almacenamiento y Citas y Seguimiento)

El número de auxiliares administrativos encargados de la gestión de historias clínicas puede variar según el tamaño del centro de salud, la cantidad de pacientes atendidos y la complejidad de las operaciones administrativas. En general, los hospitales y centros de salud deben determinar la cantidad de auxiliares administrativos necesarios en función de la carga de trabajo y las demandas del manejo de historias clínicas.

2 Objetivos

- Explicar la contribución en el mantenimiento de registros precisos, de máxima confidencialidad y que se encuentren actualizados en fecha actual
- Consentimientos informados por parte del auxiliar administrativo

3 Metodología

Para la realización de la presente comunicación, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 auxiliar administrativo desempeña un papel clave en la gestión de la historia clínica en un entorno médico. Sus funciones abarcan diversas tareas que contribuyen a mantener registros precisos, confidenciales y actualizados de la información médica de los pacientes. Algunas de las funciones específicas del auxiliar administrativo en la gestión de la historia clínica incluyen:

- Recepción de Información: Recopilar la información proporcionada por los pacientes y el personal médico para completar y actualizar los registros de la historia clínica.
- Registro y Actualización: Ingresar datos relevantes en los sistemas electrónicos de registros médicos (EMR) o en formatos en papel, manteniendo la información actualizada y precisa.
- Organización: Clasificar y organizar los documentos y formularios necesarios para cada paciente, asegurando que estén en orden y accesibles cuando se requieran.
- Confidencialidad: Mantener la confidencialidad de la información médica, siguiendo las regulaciones de privacidad y seguridad establecidas, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA).
- Verificación de Datos: Asegurarse de que los datos ingresados sean correctos y coherentes, realizando verificaciones y correcciones según sea necesario.
- Consentimientos Informados: Asistir en la gestión y archivo de consentimientos informados y otros formularios legales necesarios para procedimientos médicos y tratamientos.
- Colaboración con el Equipo Médico: Trabajar en estrecha colaboración con los médicos y el personal de salud para garantizar que los registros reflejen con precisión el historial médico y las evaluaciones clínicas.
- Archivo y Almacenamiento: Garantizar que los registros de la historia clínica se archiven adecuadamente y se almacenen según los plazos y requisitos legales.
- Búsqueda de Información: Localizar y recuperar rápidamente registros de pacientes cuando sean necesarios para consultas médicas o auditorías.
- Gestión de Citas y Seguimiento: Colaborar en la programación de citas médicas y recordatorios de seguimiento, utilizando la información de la historia clínica para planificar la atención.
- Cumplimiento Normativo: Asegurarse de que se cumplan todas las regulaciones y políticas relacionadas con la gestión de la historia clínica.
- Comunicación: Colaborar en la comunicación interna y externa relacionada con los registros médicos, asegurando que la información se comparta con el personal

médico autorizado y las partes pertinentes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gestión de la historia clínica por parte del auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en la eficiencia y la calidad de la atención médica. La historia clínica es un registro detallado de la salud y el tratamiento de cada paciente, y su correcta administración es fundamental para garantizar una atención integral y segura. A través de sus funciones, el auxiliar administrativo contribuye a mantener registros precisos, confidenciales y actualizados, lo que beneficia tanto a los pacientes como al equipo médico.

La confidencialidad y la precisión son principios fundamentales en la gestión de la historia clínica, y el auxiliar administrativo juega un rol crucial en asegurar que la información se maneje de manera adecuada y cumpla con las regulaciones de privacidad establecidas. La colaboración con el equipo médico y la comunicación eficiente son elementos clave para garantizar que los registros estén disponibles cuando se necesiten y que los pacientes reciban la atención adecuada en el momento oportuno.

La evolución de la tecnología ha llevado a la implementación de sistemas electrónicos de registros médicos, lo que hace que la labor del auxiliar administrativo sea aún más relevante en la transición hacia registros digitales. El auxiliar administrativo desempeña un papel de enlace entre la administración y el equipo de salud, garantizando que la información fluya de manera efectiva y que los registros estén organizados y accesibles para su uso clínico y administrativo.

En resumen, la gestión de la historia clínica por parte del auxiliar administrativo es esencial para proporcionar una atención médica de calidad, mantener la confidencialidad de la información y cumplir con las regulaciones de privacidad. Su labor contribuye a un entorno médico eficiente, seguro y centrado en el paciente, facilitando la atención médica integral y el seguimiento adecuado de cada individuo que busca cuidados médicos.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 751

DERECHO DE ACCESO, RECTIFICACIÓN Y SUSPENSIÓN DE LOS PACIENTES PARA AUXILIAR ADMINISTRATIVO

LARA ALVAREZ ALCAIDE

MONICA NAVARRO AGUILERA

MARTA ORTEGA GOMEZ

ÁLVARO CASTILLO ORTEGA

ELENA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

El derecho de acceso, rectificación y suspensión de los pacientes en relación con sus datos médicos es un aspecto fundamental en la gestión de la información de salud y la protección de la privacidad en el entorno médico. En esta exploración, analizaremos cómo el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en garantizar el cumplimiento de estos derechos y cómo contribuye a mantener la confidencialidad y precisión de los registros médicos.

El acceso a la información médica por parte de los pacientes es un derecho fundamental que les permite conocer y controlar los detalles de su historial médico y tratamiento. En muchas jurisdicciones, las leyes y regulaciones de privacidad

de la salud otorgan a los pacientes el derecho de acceder a sus propios registros médicos y obtener una copia de ellos.

Examinaremos cómo el auxiliar administrativo trabaja en colaboración con el equipo médico y los pacientes para facilitar el acceso a la información médica, permitir la corrección de errores y asegurar que los pacientes tengan control sobre sus propios datos médicos. Además, exploraremos cómo se manejan los casos en los que un paciente solicita la suspensión de sus datos y cómo el auxiliar administrativo contribuye a garantizar que todos los procesos estén en consonancia con las regulaciones de privacidad y los principios éticos en la atención médica.

2 Objetivos

- Abarcar de una manera conjunta con el equipo médico el acceso a la información médica, así como el control de sus propios datos por parte de los pacientes.
- Garantizar la legalidad de todos los procesos por parte del auxiliar administrativo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. 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 importante en asegurar el cumplimiento de los derechos de acceso, rectificación y suspensión de los pacientes en relación con sus datos médicos. Sus funciones en este proceso incluyen:

- Información y Educación: El auxiliar administrativo informa a los pacientes sobre sus derechos en relación con la información médica y les explica cómo pueden ejercerlos. Proporciona información sobre los procedimientos y requisitos para acceder, rectificar o suspender sus registros médicos.

- Recepción de Solicitudes: El auxiliar administrativo recibe y registra las solicitudes de acceso, rectificación o suspensión de los pacientes en relación con sus datos médicos. Asegura que se proporcione la documentación adecuada y los formularios necesarios para realizar estas solicitudes.
- Coordinación con el Equipo Médico: Trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico para recopilar y verificar la información solicitada por el paciente. Asegura que los registros sean precisos y estén disponibles para su revisión.
- Verificación de Identidad: Verifica la identidad de los pacientes que solicitan acceder, rectificar o suspender su información médica. Esto es esencial para garantizar que la información se comparta con la persona adecuada.
- Preparación y Entrega de la Información: El auxiliar administrativo se encarga de recopilar, organizar y preparar la información solicitada por el paciente. Asegura que se proporcione de manera adecuada y segura, ya sea en forma impresa o electrónica.
- Registro de Acceso y Cambios: Registra todas las solicitudes y acciones relacionadas con los derechos de los pacientes en los registros correspondientes. Esto incluye registrar cuándo se entregó la información, cuándo se realizaron rectificaciones y cuándo se suspendieron ciertos datos.
- Comunicación con el Paciente: Mantiene una comunicación efectiva con el paciente a lo largo del proceso, brindando actualizaciones sobre el estado de su solicitud y respondiendo a cualquier pregunta que puedan tener.
- Confidencialidad y Cumplimiento Normativo: Asegura que se mantenga la confidencialidad de la información y que se cumplan todas las regulaciones y políticas relacionadas con la privacidad y seguridad de los datos médicos.
- Educación Continua: El auxiliar administrativo se mantiene actualizado sobre las leyes y regulaciones relacionadas con la privacidad de la información médica y participa en capacitaciones relevantes para garantizar un cumplimiento adecuado.
- Empoderamiento del Paciente: Al llevar a cabo estas funciones, el auxiliar administrativo empodera al paciente para ejercer sus derechos y tomar el control de su información médica, contribuyendo a una atención médica centrada en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el derecho de acceso, rectificación y suspensión de los pacientes en relación con sus datos médicos es una parte fundamental de la protección de la privacidad y la autonomía del paciente en el ámbito de la atención médica. El auxiliar administrativo desempeña un rol crucial en asegurar que estos derechos se ejerzan de manera efectiva y que se cumplan las regulaciones y políticas establecidas.

A través de sus funciones, el auxiliar administrativo contribuye a empoderar a los pacientes, permitiéndoles acceder a su información médica, corregir posibles errores y ejercer control sobre sus propios registros. Su trabajo en coordinación con el equipo médico y su compromiso con la confidencialidad y el cumplimiento normativo garantizan que el proceso se realice de manera segura y respetuosa.

La gestión adecuada de los derechos de acceso, rectificación y suspensión no solo beneficia a los pacientes, sino que también promueve la transparencia, la confianza y la calidad en la atención médica. El auxiliar administrativo, al facilitar este proceso, contribuye a un enfoque más centrado en el paciente y a un ambiente donde la información médica se maneja con responsabilidad y ética.

En última instancia, la protección de la privacidad y los derechos del paciente son pilares fundamentales en la prestación de atención médica de calidad, y el auxiliar administrativo juega un papel esencial al garantizar que estos derechos sean respetados y ejercidos de manera adecuada. Su compromiso con la integridad de los registros médicos y la satisfacción del paciente es crucial para lograr una atención médica eficiente y humanizada.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 752

ASEO DEL GRAN QUEMADO POR EL CELADOR

RAUL MARTIN CARO CUDERO

MARTA ALANIS AVILA

CRISTINA CAMINO MUÑOZ

MIGUEL ANGEL ASPERILLA LOPEZ

NATALIA MARCOS GÓMEZ

1 Introducción

El término "gran quemado" se refiere a una condición médica grave que resulta de una lesión por quemadura extensa y profunda en la piel y los tejidos subyacentes. Esta lesión generalmente se clasifica en función de su gravedad en tres grados: quemaduras de primer grado, quemaduras de segundo grado y quemaduras de tercer grado.

Las quemaduras de tercer grado son las más graves y se caracterizan por la destrucción completa de las capas de la piel, lo que puede incluir músculos, nervios y tejidos subyacentes. Estas quemaduras a menudo son el resultado de exposiciones prolongadas al calor intenso, llamas, productos químicos corrosivos o electricidad. Los síntomas incluyen piel carbonizada, pérdida de sensación y daño potencial a órganos internos.

El tratamiento de un gran quemado es un proceso complejo y multidisciplinario que implica la atención inmediata en un centro especializado en quemaduras. Los objetivos incluyen mantener la función vital, prevenir infecciones, promover la curación de heridas y minimizar cicatrices. Esto puede requerir cirugía de injerto de piel, terapia de fluidos, cuidados intensivos y rehabilitación a largo plazo.

Las consecuencias de un gran quemado pueden ser devastadoras, tanto física como emocionalmente, ya que pueden dejar cicatrices permanentes, limitaciones en la movilidad y traumas psicológicos. La recuperación puede ser un proceso largo y doloroso, que requiere apoyo médico, psicológico y social continuo.

Un gran quemado es una lesión grave de la piel y los tejidos subyacentes que puede tener consecuencias devastadoras para la salud y la calidad de vida de una persona. Su tratamiento y recuperación son procesos complejos y requieren atención médica especializada y un enfoque integral para abordar todos los aspectos de la lesión y sus efectos.

2 Objetivos

Explicar las distintas funciones que posee el celador en aquellas tareas en el hospital aseo del gran quemado.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se han tenido que valorar y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El celador juega un papel fundamental en el cuidado y el aseo del paciente con quemaduras graves o "gran quemado" en un entorno hospitalario. Su función es esencial para garantizar la comodidad, la higiene y el bienestar del paciente, mientras colabora estrechamente con el equipo médico y de enfermería. Aquí se describen algunas de las principales responsabilidades del celador en el aseo del gran quemado:

Preparación del entorno: El celador debe asegurarse de que la habitación del paciente esté limpia y ordenada antes de realizar el aseo. Esto implica mantener un ambiente estéril y libre de riesgos, retirando objetos innecesarios y preparando los suministros necesarios.

Asistencia en el traslado: Los pacientes con quemaduras graves pueden tener limitaciones de movilidad debido a las heridas o a dispositivos médicos. El celador ayuda en el traslado del paciente de manera segura y cuidadosa, evitando lesiones adicionales.

Apoyo en el baño y el aseo personal: El celador colabora con los enfermeros y técnicos de enfermería para realizar el baño y el aseo del paciente, utilizando técnicas y productos adecuados para minimizar el riesgo de infecciones y daños en la piel.

Manipulación de dispositivos médicos: Algunos pacientes pueden necesitar dispositivos como sondas, drenajes o vendajes especiales. El celador ayuda en la manipulación de estos dispositivos durante el proceso de aseo, siguiendo las indicaciones del personal médico.

Control de la temperatura ambiente: Mantener una temperatura ambiente adecuada es esencial para evitar la hipotermia en pacientes con quemaduras graves, ya que su piel dañada no regula bien la temperatura. El celador colabora en el control de la temperatura de la habitación y proporciona mantas térmicas si es necesario.

Registro de observaciones: El celador puede ser responsable de registrar observaciones relevantes durante el aseo, como cambios en la piel, signos vitales o cualquier incomodidad expresada por el paciente. Estos registros son fundamentales para el seguimiento de su estado de salud.

Apoyo emocional: El aseo puede ser una experiencia dolorosa y angustiante para el paciente. El celador brinda apoyo emocional, tranquilizando y reconfortando al paciente cuando sea necesario, y comunicando cualquier preocupación al personal de enfermería.

Mantenimiento de la privacidad y la dignidad: El celador debe garantizar que se respete la privacidad y la dignidad del paciente en todo momento, cerrando cortinas o puertas y asegurándose de que el paciente se sienta cómodo y respetado.

El celador desempeña un papel crucial en el aseo y el cuidado del paciente con

quemaduras graves, contribuyendo a mantener un entorno limpio y seguro, así como a brindar apoyo físico y emocional durante un momento difícil en la vida del paciente. Su colaboración efectiva con el equipo médico y de enfermería es esencial para garantizar la mejor atención posible.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para un buen aseo del gran quemado es la meticulosidad. El celador debe trabajar con extrema precaución, siguiendo las indicaciones precisas del personal de enfermería y médico. Cada paso del proceso de aseo debe llevarse a cabo con suavidad y cuidado, minimizando cualquier fricción o tensión en la piel del paciente, que ya está comprometida debido a las quemaduras.

Además, es esencial mantener un entorno limpio y estéril, utilizando productos y técnicas adecuadas para prevenir infecciones. La comunicación efectiva con el paciente durante el proceso, brindando apoyo emocional y respondiendo a sus necesidades, es igualmente importante para garantizar su comodidad y dignidad.

La meticulosidad, la atención a los detalles y la empatía son las claves para un aseo exitoso y seguro del gran quemado, contribuyendo a su recuperación y bienestar general.

6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 218.

Capítulo 753

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE QUEMADOS

TAMARA CARRILLO LÓPEZ

ARACELI CARVAJAL TANTE

SONIA CORROCHANO GARRIDO

CRISTINA REQUENA MARTINEZ

NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La unidad de quemados es un entorno médico altamente especializado y delicado donde se brinda atención a pacientes que han sufrido quemaduras graves. Estas lesiones pueden tener impactos físicos, emocionales y psicológicos significativos en los pacientes, lo que hace que la atención en esta unidad sea única y desafiante. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental al colaborar estrechamente con el equipo médico y de enfermería para proporcionar cuidados esenciales, apoyo emocional y asistencia en el proceso de recuperación.

El número de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en una unidad de quemados puede variar según varios factores, como el tamaño de

la unidad, la cantidad de pacientes, la gravedad de las lesiones y los recursos disponibles en el centro de salud. Por lo general, el número de Técnicos en la unidad de quemados se establece para garantizar una atención de alta calidad y segura para los pacientes.

Dado que las necesidades de atención en una unidad de quemados suelen ser intensivas y especializadas, es común que haya un equipo de Técnicos disponible en turnos rotativos durante las 24 horas del día. Esto asegura que haya personal disponible para brindar cuidados continuos y atención inmediata en caso de cambios en el estado de los pacientes.

El objetivo de esta exploración es analizar y comprender el papel vital que desempeña el Técnico en la unidad de quemados. Se abordarán las diversas funciones y responsabilidades que el Técnico lleva a cabo para garantizar la atención integral y segura de los pacientes con quemaduras. Desde la asistencia en la realización de curas y cambio de vendajes hasta el apoyo emocional y la colaboración en la monitorización de los pacientes, el Técnico es una parte esencial de este equipo multidisciplinario que trabaja incansablemente para brindar una atención óptima a quienes más lo necesitan

2 Objetivos

- Garantizar la atención integral y segura de los pacientes con quemaduras
- Brindar una atención integral y de calidad a los pacientes.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se llevó a cabo una investigación mediante una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica disponible. Se consultaron varios libros y artículos de las principales bases de datos, seleccionando aquellos textos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas que sirvieron de base para el presente estudio.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña diversas funciones en la unidad de quemados para brindar una atención integral y de calidad a los pacientes. Estas funciones son esenciales para apoyar al equipo médico

y de enfermería en el cuidado de pacientes con quemaduras graves. Algunas de las funciones más importantes del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en esta unidad incluyen:

1. Cuidados Básicos y de Higiene: Asistir en la higiene y el aseo personal de los pacientes con quemaduras. Ayudar en la administración de baños o duchas, y en la limpieza de áreas afectadas por las quemaduras.
2. Cambio de Vendajes: Colaborar en el proceso de cambio de vendajes, siguiendo las indicaciones del equipo médico y de enfermería. Preparar los materiales necesarios y asistir en la aplicación de apósitos y vendajes.
3. Apoyo en Curas: Ayudar en la realización de curas y tratamientos tópicos de las áreas quemadas, manteniendo las precauciones necesarias para prevenir infecciones.
4. Asistencia en Movilización: Ayudar en la movilización y el cambio de posición de los pacientes, teniendo en cuenta las áreas afectadas por las quemaduras y las posibles cirugías.
5. Monitorización Básica: Colaborar en la monitorización de signos vitales, temperatura corporal y otros parámetros relevantes bajo la supervisión del personal de enfermería.
6. Ayuda en Alimentación: Asistir en la alimentación y la administración de líquidos a los pacientes según las indicaciones de los profesionales de enfermería.
7. Apoyo Emocional: Brindar apoyo emocional y confort a los pacientes, considerando el impacto psicológico que las quemaduras pueden tener en ellos.
8. Colaboración en Documentación: Registrar las actividades realizadas, los tratamientos administrados y cualquier observación relevante en los registros médicos.
9. Asistencia en Procedimientos: Ayudar en la preparación de los pacientes para procedimientos médicos o quirúrgicos, y en la preparación de los materiales necesarios.
10. Seguridad y Prevención: Colaborar en la prevención de caídas y accidentes, considerando las limitaciones de movilidad de los pacientes con quemaduras.
11. Comunicación con el Equipo: Mantener una comunicación efectiva con el equipo de enfermería y otros profesionales de la salud para informar sobre el estado de los pacientes y colaborar en la planificación del cuidado.
12. Educación al Paciente: Brindar información básica a los pacientes sobre los cuidados postoperatorios, las indicaciones médicas y las recomendaciones de seguridad.
13. En conclusión, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la unidad de quemados es de vital importancia para proporcionar una

atención integral y especializada a los pacientes que han sufrido quemaduras graves. A través de sus funciones y responsabilidades, el Técnico desempeña un rol fundamental en el cuidado y la recuperación de estos pacientes, colaborando estrechamente con el equipo médico y de enfermería.

14. No solo realiza tareas prácticas, como asistir en el cambio de vendajes y curas, sino que también ofrece un valioso apoyo emocional a los pacientes que están enfrentando el dolor físico y las implicaciones psicológicas de las quemaduras. Su participación en la monitorización de signos vitales, la asistencia en la movilización y la colaboración en la alimentación y la higiene contribuyen directamente al bienestar y la seguridad de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la unidad de quemados es de vital importancia para proporcionar una atención integral y especializada a los pacientes que han sufrido quemaduras graves. A través de sus funciones y responsabilidades, desempeña un rol fundamental en el cuidado y la recuperación de estos pacientes, colaborando estrechamente con el equipo médico y de enfermería.

No solo realiza tareas prácticas, como asistir en el cambio de vendajes y curas, sino que también ofrece un valioso apoyo emocional a los pacientes que están enfrentando el dolor físico y las implicaciones psicológicas de las quemaduras. Su participación en la monitorización de signos vitales, la asistencia en la movilización y la colaboración en la alimentación y la higiene contribuyen directamente al bienestar y la seguridad de los pacientes.

Además, desempeña un papel crucial en la documentación precisa de las actividades realizadas y en la comunicación efectiva con el equipo de salud. La colaboración entre todos los miembros del equipo es esencial para garantizar una atención coordinada y de alta calidad.

En resumen, el Técnico en la unidad de quemados es una parte esencial de un equipo multidisciplinario que trabaja incansablemente para brindar una atención óptima a los pacientes en un entorno desafiante. Su compromiso, dedicación y habilidades desempeñan un rol clave en el proceso de recuperación y en el bienestar global de los pacientes con quemaduras graves.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 754

LA IMPORTANCIA DE LA FUNCIÓN DEL TCAE EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE CON ICTUS

TAMARA CARRILLO LÓPEZ

ARACELI CARVAJAL TANTE

SONIA CORROCHANO GARRIDO

CRISTINA REQUENA MARTINEZ

NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La movilización de pacientes que han experimentado un accidente cerebrovascular o ictus es una tarea esencial en la atención de salud, ya que puede tener un impacto significativo en su recuperación y calidad de vida. La movilización temprana y adecuada puede prevenir complicaciones secundarias, mejorar la circulación sanguínea y acelerar la rehabilitación. En este contexto, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) adquiere una relevancia crucial al asistir en la movilización de pacientes con ictus.

Este análisis explora y destaca la importancia fundamental de la función del Técnico en la movilización de pacientes que han sufrido un ictus. A través de una colaboración estrecha con el equipo médico y de enfermería, desempeña un rol crucial en el fomento de la movilización segura, la prevención de complicaciones

y la promoción de una recuperación efectiva. La movilización adecuada no solo implica el aspecto físico, sino también un enfoque en el bienestar emocional y la participación activa del paciente en su proceso de rehabilitación.

En este contexto, se explorarán las diversas responsabilidades y funciones que el Técnico lleva a cabo al movilizar a pacientes con ictus. Desde la asistencia en el cambio de posición en la cama hasta la colaboración en la deambulaci3n y la implementaci3n de medidas de seguridad, se convierte en un elemento clave para garantizar que los pacientes con ictus reciban la atenci3n adecuada y segura que necesitan para su recuperaci3n.

2 Objetivos

- Fomentar el control de la movilizaci3n segura, la prevenci3n de complicaciones y la promoci3n de una recuperaci3n efectiva por parte del T3cnico en Cuidados Auxiliares de enfermería
- Garantizar que los pacientes reciban la atenci3n adecuada

3 Metodología

Para la realizaci3n de este trabajo, se llev3 a cabo una investigaci3n mediante una revisi3n bibliogr3fica exhaustiva de la literatura científica disponible. Se consultaron varios libros y artículos de las principales bases de datos, seleccionando aquellos textos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas que sirvieron de base para el presente estudio.

4 Resultados

La funci3n del T3cnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la movilizaci3n del paciente con ictus es esencial para garantizar una recuperaci3n efectiva y prevenir complicaciones secundarias. Las funciones que desempeña el t3cnico en este contexto son fundamentales para promover la movilizaci3n segura, el bienestar del paciente y su participaci3n activa en su rehabilitaci3n. Algunas de las funciones clave del T3cnico en la movilizaci3n del paciente con ictus incluyen:

1. Cambios de Posici3n: Ayudar en el cambio de posici3n del paciente en la cama a intervalos regulares para prevenir la formaci3n de úlceras por presi3n y mejorar la circulaci3n sanguínea.

2. **Movilización en Cama:** Colaborar en la movilización y reubicación del paciente en la cama, asegurando que esté cómodo y evitando posturas que puedan comprometer su seguridad.
3. **Asistencia en la Deambulación:** Ayudar al paciente a levantarse de la cama y caminar, si es posible y según las indicaciones médicas. Proporcionar el apoyo necesario y asegurarse de que el paciente se sienta seguro.
4. **Transferencias:** Asistir en las transferencias del paciente, por ejemplo, de la cama a una silla de ruedas o a una silla. Garantizar que se realicen de manera segura y cómoda.
5. **Uso de Dispositivos de Ayuda:** Colaborar en el uso de dispositivos de ayuda para la movilización, como grúas o barras de apoyo, según sea necesario y bajo la supervisión del personal de enfermería.
6. **Implementación de Medidas de Seguridad:** Asegurarse de que se tomen todas las medidas de seguridad necesarias durante la movilización para prevenir caídas y lesiones.
7. **Colaboración en la Rehabilitación:** Asistir en las actividades de rehabilitación prescritas por el equipo médico, como ejercicios de movimiento y fortalecimiento.
8. **Observación y Comunicación:** Observar cualquier cambio en el estado del paciente durante la movilización y comunicarlo al equipo de enfermería para tomar medidas adecuadas.
9. **Apoyo Emocional:** Brindar apoyo emocional al paciente durante la movilización, ya que puede ser un proceso desafiante tanto física como emocionalmente.
10. **Registro y Documentación:** Registrar las actividades de movilización realizadas y cualquier observación relevante en los registros médicos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la función del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la movilización del paciente con ictus es de una importancia crucial en el proceso de recuperación y rehabilitación. La movilización adecuada y temprana de estos pacientes no solo previene complicaciones secundarias, como úlceras por presión y problemas respiratorios, sino que también contribuye a la mejora de la circulación sanguínea, la función muscular y la participación activa del paciente en su propia recuperación.

Desempeña un papel integral al colaborar con el equipo médico y de enfermería

en la implementación de prácticas de movilización seguras y efectivas. A través de funciones como cambios de posición, asistencia en la deambulaci3n y transferencias, asegura que los pacientes con ictus se muevan de manera adecuada y c3moda, minimizando el riesgo de caídas y lesiones.

Adem3s de las funciones f3sicas, tambi3n brinda apoyo emocional y psicol3gico durante la movilizaci3n. La atenci3n personalizada y comprensiva ayuda a los pacientes a enfrentar los desaf3os de la recuperaci3n y les motiva a participar activamente en su proceso de rehabilitaci3n.

En 3ltima instancia, la colaboraci3n y coordinaci3n entre el T3cnico y el equipo de salud son esenciales para garantizar que la movilizaci3n del paciente con ictus se realice de manera efectiva, segura y respetuosa. La dedicaci3n del T3cnico a esta funci3n contribuye directamente a la mejora de la calidad de vida y al logro de una recuperaci3n exitosa para los pacientes que han sufrido un ictus.

6 Bibliograf3a

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 755

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL PRELIMINAR DEL RESPIRADOR

TAMARA CARRILLO LÓPEZ

ARACELI CARVAJAL TANTE

SONIA CORROCHANO GARRIDO

CRISTINA REQUENA MARTINEZ

NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ

1 Introducción

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel esencial en el ámbito de la salud, especialmente en la atención a pacientes que requieren asistencia respiratoria. El control preliminar del respirador es una tarea importante que implica verificar y ajustar los parámetros del equipo de ventilación mecánica utilizado para asistir la respiración de los pacientes que presentan dificultades respiratorias.

En esta introducción, se abordará la relevancia de la labor de un Técnico en el control preliminar del respirador. Este proceso es fundamental para asegurar que el paciente reciba la ventilación adecuada de acuerdo con sus necesidades médicas.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel crucial al colaborar con el equipo médico y de enfermería para asegurarse de que el respirador esté configurado correctamente y funcione de manera óptima.

El número de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería involucrados en el control preliminar del respirador puede variar según la institución de salud, el tamaño del equipo médico y la carga de trabajo. En general, la cantidad de técnicos asignados a esta tarea dependerá de factores como la cantidad de pacientes que requieren asistencia respiratoria, la complejidad de los casos y la disponibilidad de personal.

En muchos hospitales y centros de atención médica, suele haber al menos un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería asignado a cada paciente que necesita ventilación mecánica. Esto se debe a que la labor de control preliminar del respirador es una tarea continua y requiere atención constante para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente.

2 Objetivos

- Cerciorar que el paciente reciba la ventilación adecuada de acuerdo con sus necesidades médicas por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
- Conocer las funciones del técnico dentro de esta unidad.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se llevó a cabo una investigación mediante una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica disponible. Se consultaron varios libros y artículos de las principales bases de datos, seleccionando aquellos textos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas que sirvieron de base para el presente estudio.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel crucial en el control preliminar del respirador dentro del ámbito de la atención médica y la enfermería. Aunque es importante destacar que las responsabilidades y funciones específicas pueden variar según el entorno de trabajo y las regulaciones locales,

aquí hay algunas funciones generales que podría realizar en el control preliminar del respirador:

- **Preparación del equipo:** El técnico puede ser responsable de asegurarse de que el respirador esté en condiciones adecuadas para su uso. Esto podría incluir verificar que el respirador esté limpio, desinfectado y en buen estado de funcionamiento.
- **Revisión de ajustes iniciales:** Bajo la supervisión de un profesional de enfermería o médico, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede ayudar a configurar los ajustes iniciales del respirador de acuerdo con las indicaciones del personal médico. Esto podría incluir la selección de modos de ventilación, la configuración de la frecuencia respiratoria, el volumen corriente y otros parámetros.
- **Colocación del paciente:** Podría ayudar a posicionar al paciente de manera adecuada para garantizar una conexión segura y cómoda entre el paciente y el respirador. Esto puede incluir ajustar la almohada o la cama para mantener una buena alineación del cuerpo.
- **Conexión y verificación de circuitos:** El técnico puede ayudar en la conexión del paciente al respirador mediante la instalación de los circuitos de ventilación, asegurándose de que estén correctamente conectados y sellados para evitar fugas.
- **Vigilancia constante:** Una vez que el paciente esté conectado al respirador, el auxiliar puede desempeñar un papel importante en la monitorización continua del paciente y del funcionamiento del respirador. Esto podría implicar observar cualquier cambio en la condición del paciente, como dificultades respiratorias o cambios en los parámetros del respirador.
- **Asistencia al paciente:** Puede colaborar en el confort y el bienestar del paciente, asegurándose de que estén bien posicionados, cómodos y con acceso a la comunicación si es necesario.
- **Notificación de problemas:** Si el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería nota alguna anomalía en el funcionamiento del respirador o en la condición del paciente, es esencial que informe de inmediato al personal de enfermería o médico para que se tomen las medidas necesarias.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el control preliminar del respirador es fundamental para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente que requiere asistencia respiratoria. Aunque las funciones específicas pueden variar según la institución y las regulaciones locales, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel esencial en la preparación, configuración y supervisión inicial del respirador. Algunas de las responsabilidades clave incluyen la preparación del equipo, la configuración inicial de los ajustes del respirador, la colocación del paciente, la conexión de los circuitos de ventilación, la vigilancia constante del paciente y del funcionamiento del respirador, y la notificación de cualquier problema o cambio en la condición del paciente.

El técnico trabaja en colaboración con el personal de enfermería y médico para asegurarse de que el paciente reciba una atención de alta calidad y que el respirador funcione de manera adecuada. Su capacidad para observar, comunicar y realizar tareas técnicas es fundamental para contribuir al cuidado integral del paciente. Es importante que el personal de técnicos estén bien entrenados, sigan protocolos y directrices establecidos, y siempre actúen bajo la supervisión y orientación del personal de enfermería y médico.

En última instancia, el enfoque del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el control preliminar del respirador refleja su compromiso con la atención al paciente y su papel esencial en el equipo de atención médica. Su contribución ayuda a garantizar que los pacientes que requieren asistencia respiratoria reciban el tratamiento adecuado y puedan experimentar una mejora en su calidad de vida.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 756

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ALMACÉN DEL CENTRO HOSPITALARIO

VIRGINIA CUERDA CANO

MIGUEL SORIA TORRALBA

ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ

MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO

CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES

1 Introducción

El almacén es un lugar físico del Centro hospitalario, en el que en ese espacio, dependiendo del tipo de almacén que sea, ya que como mínimo tiene que haber dos almacenes generales y almacén de farmacia, se pueden conservar los medicamentos, materias primas o cualquier otro producto o mercancía, son controladas bajo un responsable.

El celador en el almacén tiene varias funciones que contribuyen a asegurar que las operaciones diarias funcionen y no haya ningún tipo de dificultad ni problema.

El Celador es el que se encarga: de recibir mercancías, descargando y cargando la mercancía, revisar que todo lo recibido esté bien, comprobando los vales del

o de los pedidos que estén bien rellenos, preparar y organizar para distribuir los productos en las estanterías, repartirlos a los distintos servicios y distintas plantas, informando al responsable del almacén sobre toda la mercancía recibida.

También podrá asistir en la gestión de inventario y apoyar en la logística interna en el almacén, realizando un inventario diario para llevar el control en todo momento de todo.

Aparece en el Real Decreto-Ley 3/1987 las funciones de celador en almacén.

En resumen, el celador desempeña un papel importante para el funcionamiento del almacén de forma adecuada.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del celador en el almacén hospitalario.
- Exponer la importancia del almacén el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Saber que los objetivos más importantes del Celador están en:

- Una eficiente gestión y distribución del almacén, ya que este es uno de los oficios principales en un centro sanitario, puesto que afecta directamente al resto de los servicios de cada uno de los sectores sanitarios, ya que si no funciona correctamente, puede afectar perjudicando al resto de todos los servicios de cada sector y a su vez al funcionamiento del centro Hospitalario o cualquier centro sanitario. Su fin es que los almacenes estén abastecidos de todas las unidades y servicios donde sea necesario, teniendo controlado: entradas y salidas, orden y limpieza, colabora en la distribución eficiente, previniendo daños, asegurando que no falte ningún tipo de material y este todo organizado en todo momento.

Controlando también a su vez las fechas de caducidad ordenando de más a menos fecha para evitar que se caduque nada o se reparta algo caducado.

Recibir las mercancías y suministros externos.

Comprobar los albaranes de los pedidos de forma individualizada de cada pedido realizado por cada sector.

Ver caducidad y lote de cada producto.

Inspecciona todo lo que se le solicita mediante un vale firmado por el responsable de cada Área.

Da parte de cada entrada y salida del almacén de forma diaria, comprobando que todo venga en perfecto estado y esté registrado.

Carga y descarga todo con extrema precaución para evitar que se deteriore algo. Colocándolo todo en las estanterías del Almacén con muchísimo cuidado y cada uno por sus códigos correspondientes, Chequea los vales del pedido, rellenándolos de forma clara y legible para entregarlos.

Prepara todo lo que haya que repartir de suministros internos a distintas plantas y servicios.

Realizan un inventario diario de salidas y entradas comunicándose al responsable del almacén. En el inventario hará de todos los artículos que tiene un recuento. También realizará un control en todo momento de cualquier desperfecto que pudiera haber en sus dependencias.

El celador de Almacén realizará el trabajo considerando los principios básicos de prevención en manipulación de cargas, evitando daños y/o lesiones en jornada laboral.

La figura de Celador Delegado del Almacén está en el acuerdo de ministros 26/06 de 1990, del Real Decreto Ley 3/1987 del 11 de septiembre.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo y fin de un Almacén en centro Sanitario es controlar en todo momento:

- la provisión de suministro de las distintas unidades de servicios.
- las entradas y salidas del almacén.

- la recepción de pedidos mediante albaranes, comprobando que todas las unidades vienen correctas y está todo en perfecto estado.
- colocar todo en las estanterías del almacén con su orden correspondiente, teniendo en cuenta número de lote y fecha de caducidad.
- preparar todo lo que tenga que repartir en plantas y servicios del centro.
- distribuir lo necesario en las distintas plantas y servicios del centro de la manera más adecuada posible.

Si el celador conoce perfectamente su labor y funciones, se cumplirán todos los objetivos necesarios y marcados en: recibir, recepcionar, almacenar, controlar, preparar, prevenir daños, mantener el orden y distribución en el centro Hospitalario de acuerdo a sus necesidades.

6 Bibliografía

1. Congresosicepa.com
2. Revista Medica.com
3. Celadores online de las Instituciones Sanitarias.

Capítulo 757

TAREA DEL CELADOR EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

VIRGINIA CUERDA CANO

MIGUEL SORIA TORRALBA

ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ

MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO

CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES

1 Introducción

Cuando se habla de atención primaria refiriéndose al sistema de salud, hacemos referencia al primer nivel siendo el más básico y elemental para el puesto de trabajo. Dentro de este se desarrollan dos tipos de personal uno “Personal Sanitario” y el otro “Personal No Sanitario” de el que El Celador se encuentra dentro del último grupo, personal no sanitario.

Las funciones del Celador dentro de las instituciones sanitarias tiene una muy importante labor en el buen manejo de sus funciones dentro del centro para su funcionamiento.

El Celador es la primera persona del centro en tener contacto con los pacientes. Tiene diferentes funciones como: informar a los clientes donde está ubicada la consulta, qué buscan con horarios y médicos que les toca, tener abiertas las consultas, trasladan objetos y recogiendo y distribuyendo toda la documentación

que le sea solicitada, incluyendo las historias clínicas de los pacientes para que puedan comenzar con las consultas, deben ser correctos y amables con todos los pacientes y familiares respetando la decencia de cada uno de ellos, vigilancia y custodia del centro de trabajo.

Lo que no debe hacer un celador es hacer comentarios con pacientes o familiares sobre exploraciones, diagnósticos y tratamientos que se estén realizando, y mucho menos informar sobre pronósticos de su enfermedad.

En Atención Primaria de Salud está constituida por ser primer nivel de acceso ordinario la población al sistema y es caracterizada por prestar toda la atención integrada de la salud.

Cualquier usuario que tenga un problema de salud tendrá una respuesta en los servicios de atención primaria.

2 Objetivos

-Describir el papel del celador en la 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 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

En atención primaria nos encontramos también con profesionales que corresponden al personal sanitario como médicos y enfermería, los cuales realizan sus tareas en todo momento teniendo cubierto al paciente (adulto o niño) e informado. El celador, que corresponde al personal no sanitario de gestión y servicios, las funciones más habituales que tiene en el centro de salud de atención primaria son:

-La recepción del paciente, los celadores son el primer contacto que tienen los pacientes al llegar al centro de salud.

- Atender a los pacientes dándoles información en todo momento del lugar donde tienen la consulta, la hora y fecha de esta.
- Vigilan y dan seguridad.
- El celador estará pendiente de que las instalaciones se encuentren en perfecto estado, limpieza y orden.
- Harán el reparto de la documentación dentro del centro de salud siempre que sean requeridas.
- Trasladan movilizand o a pacientes con movilidad reducida, llevándolos a consultas u otros lugares requeridos, dándoles seguridad en todo momento en el traslado y haciendo que el paciente se sienta cómodo y seguro en todo momento.
- El celador se encarga también de reponer materiales que falten en las consultas del centro de salud de atención primaria, el manejo de la copiadora y otras máquinas que competen en las tareas del celador.
- Dando apoyo al personal médico.
- Ayuda a que el funcionamiento del centro sea de forma más organizada.
- Da también asistencia al resto de profesionales del equipo dentro de sus posibilidades.

Destacando que el celador tiene diferentes funciones en atención primaria:

- Recibir y acompañar al paciente en el caso de que lo necesite.
- Velar porque todas las instalaciones y dependencias del centro de salud estén en correcto estado en orden y limpieza. Y que los pacientes y familiares estén en silencio y mantengan el orden en el centro.
- Trasladar al paciente si lo necesitara.
- Mover documentación y o maquinaria si así se lo solicitaran.

Y distinguir también que el celador realiza sus funciones como personal no sanitario.

Como se puede comprobar, el celador es necesario tanto en atención primaria como en un hospital para poder realizar todas estas tareas que son tan necesarias para el buen funcionamiento del centro.

5 Discusión-Conclusión

Después de analizar tareas y protocolos del celador en un centro de salud de atención primaria, vemos la vital importancia que tiene el celador en Atención Primaria, ya que sus correctas funciones en el centro tanto para la atención al paciente, como al funcionamiento del centro son muy importantes para que todo esté correctamente organizado y vigilado, el paciente se sienta cómodo y seguro.

Y en el centro con el apoyo y traslado de mobiliario y o documentación y a su vez creando un ambiente de orden y limpieza.

En resumen, el papel del celador es muy importante para el funcionamiento de centro de Atención Primaria.

6 Bibliografía

1. Editorial MAD.
2. [Http://congresosirepa.com](http://congresosirepa.com)
3. Ocronos Editorial.

Capítulo 758

EL CELADOR EN RELACIÓN CON MOVILIDAD Y TRASLADOS DE PACIENTES

VIRGINIA CUERDA CANO

MIGUEL SORIA TORRALBA

ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ

MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO

CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES

1 Introducción

El celador es la primera toma de contacto con el paciente cuando llega al centro bien sea de atención primaria como el hospital. Su función es recibirlo y acompañarlo llevándolo a pie, silla o camilla, según la necesidad del paciente de ahí la vital importancia que el celador conozca perfectamente las técnicas de movilidad y traslados de los pacientes.

En la movilidad del cuerpo y traslado del paciente, bien sea activa o pasiva, es muy importante para evitar problemas como por ejemplo:

- problemas respiratorios.
- problemas circulatorios, etc.

Cambios posturales y traslados.

También ayudarán a las enfermeras en la tarea de movilidad y cambios posturales que lo requieran.

Los traslados de los pacientes con movilidad reducida o por causa de enfermedad que no puedan valerse por sí solos y necesitan un profesional para hacerlo.

La movilización se le va a realizar a cualquier paciente, bien por traslado, por cambio postural o que necesiten realizarse alguna prueba, ya que el celador debe dejarlo colocado.

En el traslado el celador debe colocarse detrás de la cabeza del paciente empujando de la camilla de forma que el paciente vaya en sentido de la marcha.

Existen varias técnicas para realizar traslados y movilidad, todo depende del paciente que nos llegue.

Y resaltar lo importante:

- el trato con el paciente, ya que siempre necesitan: ayuda, comprensión, amabilidad y cuidados.

Los celadores siempre estarán en la unidad que le hayan asignado.

2 Objetivos

Saber que el principal y muy importante objetivo es controlar muy bien la movilidad y traslado conociendo utensilios para ayudar al paciente y técnicas para hacerlo de la forma más segura y así asegurar que el paciente va correctamente en posición y sin peligro en el traslado y con menos esfuerzo para así asegurar también la seguridad del profesional para no lesionarse.

3 Metodología

La metodología del celador referente a la movilidad y traslados de los pacientes es que estos tengan un traslado seguro utilizando las técnicas que necesiten en ese momento, coordinarse con el médico y documentando todo correctamente, garantizando la calidad y seguridad.

Hemos buscado información en diferentes páginas de internet, en revistas científicas y temarios de oposición.

Se han utilizado las palabras clave de la función del celador en movilización y traslados, tales como estas y añadiendo paciente.

4 Resultados

Los resultados son que el celador tiene que tener empatía y atenciones son cruciales, ya que es el primer profesional que tiene contacto con el paciente, y tiene que dialogar directamente con él mostrando una actitud positiva y siempre tranquilizándole, ya que en muchos de los casos la movilidad puede ser un proceso estresante para los pacientes.

Siempre deben ayudarle y darle la información necesaria para dirigirse a la consulta donde tiene que ir el paciente.

Son los responsables de cualquier traslado y o movilidad de pacientes dentro del hospital o cualquier centro de salud.

También debe el celador conocer sus funciones perfectamente y teniendo control absoluto de las técnicas que debe emplear en el caso de que el paciente lo necesitara dependiendo de la gravedad con la que acuda y saber en todo momento cual es el movimiento preciso que debe emplear en el paciente para su bienestar y con la precaución también de movimientos para el propio bien del profesional.

El celador es la cabeza, manos y piernas del paciente que necesita ayuda. Por eso sus tareas son:

- Ayudar en todo momento a los pacientes a moverse de manera segura.
- Trasladarlos si es necesario mediante sillas de ruedas o camillas y asegurándose de que estos estén cómodos y seguros durante el traslado.
- También ayudan al personal medico en traslados de pacientes en caso necesarios de alguna prueba requerida por el médico, en documentación necesaria para estos y o maquinaria. Siempre desde el mayor cuidado, calidad y seguridad en todo momento.

En resumen los celadores son los responsables de que el equipo de movilización este siempre en correcto estado y disponible para cuando este sea necesario, garantizando el manejo y funcionamiento de cualquier silla de ruedas, camillas u otros dispositivos y a su vez la limpieza y desinfección que conlleven.

5 Discusión-Conclusión

La movilidad y traslados de pacientes es un papel muy importante de los celadores en los centros y servicios de salud.

Es muy importante la instrucción de tareas para el celador.

También tiene que hacer que el paciente que va al centro se encuentre lo más cómodo posible en todo momento, ya que suelen llegar al centro con movilidad limitada necesitando ayuda de un profesional que siempre será el del celador.

El celador también deberá tener muy en cuenta que el paciente no tiene ningún tipo de riesgo e informará sus habilidades y técnicas en la movilización de estos.

La experiencia laboral del celador será siempre necesaria para su correcto trabajo.

6 Bibliografía

1. Revista medica.com
2. Celadores org
3. Auxiliar/enfermeria.com

Capítulo 759

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

FATIMA ZOHRA ABDESELAM CHAIRI

SUAD KABOR MOHAMED

FATIMA SOHORA LAACHIRI MOHAMED

1 Introducción

El sistema nervioso central es el encargado de recibir las sensaciones recibidas por los diferentes órganos del cuerpo y de procesar las órdenes precisas de respuesta a cada uno de ellos. Está formado por el encéfalo (cerebro, cerebelo y tronco encefálico) y la médula espinal.

La neurona es la célula principal del sistema nervioso, y su misión es originar y conducir las señales eléctricas de dicho sistema. Su número en el cerebro es de unos 100 billones. Están formadas por un cuerpo celular y unas prolongaciones denominadas dendritas, que conectan unas neuronas con otras.

Toda neurona tiene una prolongación más larga denominada axón. El axón transmite la señal nerviosa (eléctrica) a otras neuronas, a la médula espinal, a los músculos y a algunas glándulas. Este axón tiene una vaina protectora de color blanco, denominada mielina, que lo protege y que tiene un papel muy importante en la velocidad de transmisión del impulso nervioso, siendo mayor cuanto mayor espesor tenga la mielina.

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica del sistema nervioso central que afecta al cerebro y a la médula espinal. Es una enfermedad autoinmune. Es decir, nuestro sistema inmunológico, que normalmente defiende al organismo de “intruso” (virus y bacterias), ataca de forma errónea la mielina protectora de

los nervios, dificultando así la transmisión de los impulsos nerviosos y afectando a la comunicación entre neuronas.

Las zonas afectadas por la destrucción de la mielina son conocidas como lesiones o placas, y aparecen como zonas endurecidas semejantes a una cicatriz o esclerosis. Como puede afectar a una o más partes del cerebro y/o de la médula espinal se llama múltiple o la enfermedad de las mil caras.

2 Objetivos

- Determinar cuál es el tratamiento adecuado según los resultados obtenidos, para ayudar a los pacientes a detener su progreso, controlar los síntomas y ayudar, así, a mantener una calidad de vida normal.
- Analizar el impacto que causa la esclerosis múltiple en el día a día de las personas y sus familiares.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 inicio de la enfermedad puede ser con síntomas leves que no llevan al paciente a pedir atención sanitaria. Cuando el paciente es diagnosticado, es frecuente que haya sufrido ya algunos síntomas de la enfermedad en los meses o años previos. Para el diagnóstico se utilizan los siguientes métodos:

- Historia clínica completa: preguntas sobre los síntomas (cuándo empezaron, cómo evolucionaron, etc.)

Exploración física: coordinación, visión, fuerza de las extremidades, etc.

- Pruebas complementarias:

Resonancia magnética: analiza la existencia o no de lesiones en el cerebro y la médula espinal.

Punción lumbar: análisis del líquido cefalorraquídeo en búsqueda de signos de la enfermedad.

Analítica de sangre: para descartar otras patologías con síntomas similares.

Potenciales evocados: para evaluar el estado de las diferentes vías nerviosas (visual, sensitiva y auditiva).

Ninguno de los resultados de estas pruebas por separado puede dar un diagnóstico definitivo, sino que es el conjunto de todos ellos acompañados por una historia clínica compatible, lo que nos lleva al diagnóstico. El diagnóstico puede ser dudoso al principio, siendo el tiempo y la evolución de la enfermedad los que nos darán una respuesta definitiva. Este diagnóstico se basa en:

Signos de enfermedad en diferentes partes del SNC

Signos de enfermedad separados en el tiempo

Tipos de tratamiento

Aunque actualmente la enfermedad no tiene cura definitiva, podemos encontrar soluciones que nos ayuden a manejar los síntomas que produce y a frenar su evolución.

La actividad lesional en la EM puede prevenirse mejor cuanto más pronto se interfiere en los mecanismos que la producen. La etapa inicial de la EM es en la que los fármacos producen mayor efecto.

Tratamiento farmacológico a. Modificadores de la enfermedad: tratamiento crónico

- Dirigidos a reducir la frecuencia, duración e intensidad de los brotes.

- A largo plazo, buscan reducir la acumulación del daño que la enfermedad puede ocasionar sobre el SNC.

Existen dos líneas terapéuticas:

Modificadores de primera línea: Inmunomoduladores que se utilizan como tratamiento de inicio. Modifican el sistema inmunitario evitando la inflamación y la destrucción de la mielina.

Modificadores de segunda línea: Inmunosupresores que se utilizan cuando continúa habiendo brotes o signos de actividad.

Tratamiento del brote agudo

Su objetivo es disminuir la intensidad de los síntomas y la duración de los ataques clínicos. c. Tratamiento sintomático

Encaminado a mejorar los síntomas derivados de la enfermedad. Durante el curso de la EM, vamos a encontrarnos con diversos síntomas que necesitarán un manejo más específico, incluso la colaboración con otros especialistas (espasticidad, dolor, depresión, trastornos de la micción, etc.).

Tratamiento rehabilitador integral

El Tratamiento rehabilitador integral es complementario al tratamiento farmacológico y su objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente, disminuyendo las limitaciones que pueda presentar en las actividades de la vida diaria.

El Tratamiento rehabilitador integra todos los aspectos de la vida del paciente tanto a nivel físico como a nivel emocional y social. Atiende a las necesidades particulares de cada paciente y persigue que la recuperación neurológica se acompañe siempre de una recuperación funcional. Debe ser multidisciplinar, con la participación de profesionales especializados en fisioterapia, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, logopedia, enfermería....

La Rehabilitación puede ser regeneradora, si se dirige a proporcionar al paciente el máximo grado de autonomía, o de mantenimiento si lo que intenta es prevenir la pérdida de funciones y las complicaciones.

La Rehabilitación integral puede incluir: a. Fisioterapia

Aborda todos los problemas de movilidad que puedan aparecer. Así como las alteraciones que puedan producir un problema motor (alteraciones de la sensibilidad, complicaciones de la inmovilidad...). b. Terapia ocupacional

Trata las disfunciones que afectan a las capacidades del individuo para desenvolverse en la vida cotidiana. Un terapeuta ocupacional puede recomendar instalaciones y formas de adaptar el domicilio y/o lugar de trabajo y proporcionar seguridad e independencia. c. Logopedia

Es la rehabilitación del lenguaje mediante técnicas de respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia.

5 Discusión-Conclusión

La población debe seguir las recomendaciones que el personal sanitario les ofrece así poder mejorar el progreso de cada paciente.

A día de hoy la EM abarca muchas incógnitas por resolver, como la patogenia, la etiología y sobre todo un tratamiento eficaz, que aunque no cure el daño causado debido al deterioro progresivo, por lo menos sea capaz de frenar la evolución negativa de la enfermedad.

Existen múltiples estudios sobre EM, tratando temas tan diversos como su distribución geográfica hasta todo tipo de tratamientos (sintomáticos o paliativos) con el fin de acortar la duración de los brotes.

Es una enfermedad que principalmente se sospecha por su clínica; afecta básicamente a adultos jóvenes y de mediana edad, o sea población activa.

Afecta más a mujeres que a hombres, en una proporción de 2:1.

Hay consenso con respecto a los criterios diagnósticos, siempre basados en la experiencia clínica, reservando pruebas de laboratorio y de neuroimagen como apoyo.

Es de suma importancia redactar una historia clínica detallada, reunir cuantos más detalles posibles, describir meticulosamente el cuadro clínico, la aparición de síntomas, la duración de los brotes, la profesión y el entorno personal del paciente.

Es una enfermedad de larga duración, muy invalidante y con un impacto muy importante en el entorno familiar, personal y laboral, haciéndose imprescindible la intervención de un equipo multidisciplinario, adaptando no al paciente hacia su entorno sociolaboral, sino adaptar ese mismo entorno al paciente.

Se ha observado que los pacientes diagnosticados de EM causan bajas muy prolongadas antes de llegar a una conclusión fehaciente sobre una posible incapacidad, lo cual genera situaciones insostenibles y desagradables tanto para el paciente y su familia como para los profesionales de la salud.

Es importante resaltar la media de días acumulados relativamente alta hasta la resolución del caso (alta, PI), haciéndose notoria la necesidad de elaborar una estrategia y/o protocolo para acortar la longitud de la IT, haciendo uso de los criterios de pronóstico favorables y desfavorables.

El curso clínico de la EM lleva invariablemente hacia la incapacidad psicofísica, lo cual conduce hacia la necesidad de establecer criterios guía para acortar este tiempo latente de espera para el paciente.

La adaptación laboral del paciente (y si es necesario su nueva formación) y la adecuada reinserción en la vida activa con respecto a su desarrollo e independencia personal son dos factores primordiales a tener en cuenta.

“El diagnóstico de la EM es y debe permanecer primariamente como ejercicio clínico, realizado de una forma socrática, por el neurólogo, cara a cara con el paciente y la familia. No puede haber sustituto para la experiencia clínica. Basarse en la interpretación de las pruebas de laboratorio y de imagen, sin tener algún conocimiento de la historia del paciente, es como poco una locura temeraria.”

6 Bibliografía

1) Poser CM, Brinar VV—. Criterios diagnósticos para la esclerosis múltiple; FE-DEM,

Rev 14, 1 – 19

- 2) Alemany MJ et al.: Enfermedades autoinmunes y esclerosis múltiple; Rev Neurol 2005; 40 (10): 594 – 597
- 3) Fernández – Muñoz R, Celma – Serrat L: Virus y desmielinización: ¿ por qué sospechar la implicación de virus en la etiología de la esclerosis múltiple; Rev Neurol 2002; 35 (10): 964 – 972
- 4) Uría DF: Epidemiología de la esclerosis múltiple; Rev Neurol 2002; 35 (10): 979 – 984
- 5) Terré – Boliart R, Orient – López F: Tratamiento rehabilitador en la esclerosis múltiple; Rev Neurol 2007; 44 (7): 426 – 431
- 6) Goodman AD, Mock DJ, Powers JM, Baker JV, Blumberg BM. Human Herpesvirus 6 genome and Antigen in Acute Multiple Sclerosis lesions; The Journal of Infections Diseases; May 1, 2003 (Vol 187, # 9)
- 7) Levin LI, Munger KL, Rubertone MV et al: Multiple Sclerosis and Epstein – Barr Virus; JAMA, 2003; 289 (12): 1533 – 1536
- 8) Mariani SM: Silencing Autoimmunity in Multiple Sclerosis, Lupus and Rheumatoid Arthritis; Medscape Molecular Medicine 5 (1), 2003
- 9) Alotaibi S, Kennedy J, Tellier R, Stephens D, Bauwell B: Epstein – Barr Virus in Pediatric Multiple Sclerosis; JAMA 2004; 291 (15): 1875 – 1879; ABSTRACT
- 10) Kremenchuzky M: La Historia Natural de la Esclerosis Múltiple: una revisión; neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/emúltiple
- 11) Martínez – Martín P: Esclerosis Múltiple y calidad de vida; Rev Neurol 2001; 32 (8): 732 – 733. Editorial
- 12) Boyd JR, MacMillan LJ: Experience of Children and Adolescents living with Multiple Sclerosis; J Neurosci Nurs 2005; 37 (6): 334 – 342
- 13) Bakshi R: Fatigue and Multiple Sclerosis; A review; Medscape Neurology and Neurosurgery 5 (2), © 2003 Medscape
- 14) Casanova B, Coret F, Landete L: Estudio de diversas escalas de fatiga e impacto en la calidad de vida de los pacientes afectados de esclerosis múltiple; Rev Neurol 200; 30 (12): 1235 – 1241

15) Pino MA, Ara JR, Cobeta JL: La fatiga en la esclerosis múltiple: estudio de un área sanitario en la provincia de Zaragoza. Carta al Director. Rev Neurol 1998; 27 (1609:

1066 – 1073

16) Iriarte J, de Castro P: Fatiga en la esclerosis múltiple. Carta al Director; Rev Neurol

1999; 29 (9): 892

17) Lindsey JW, Wolinsky JS: Demyelinating Diseases; Neurology 2004; 62: 60 – 65.

ABSTRACT

18) Masterman T, Ligers A, Olsson T et al.: HLA – DR15 is associated with lower age at onset in multiple sclerosis (PMID # 1939572)

19) Wolinsky J: Discovery Science Meets Multiple Sclerosis. ACP Medicine 2004; 2004

WebMD Inc. Posted 11/19/2004

20) Landete L, Casanova B: Deterioro cognitivo, formas clínicas y progresión en Esclerosis

Múltiple. First Internacional Congreso on Neuropsychology in Internet. Conerencia

21) Santiago O, Casado V, Carmona O, Arbizu Tx: Exploración neuropsicologica de los pacientes con Esclerosis Múltiple con discapacidad leve. II Internacional Congreso of

Neuropsychology in the Internet.

22) De Castro P, Aranguren A, Arteche E, Otano M: Deterioro cognitivo en la esclerosis múltiple; www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol

25/n2

23) Arnett P, Forn C: Evaluación neuropsicológica en la esclerosis múltiple. Revisión. Rev

Neurol, 2007; 44 (3): 166 – 172

24) Mallada J.: Epidemiología de la esclerosis múltiple en España. Datos de prevalencia e incidencia; Rev. Neurol 1999; 29 (9): 864 – 867

Capítulo 760

ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO CON POLITRAUMATISMO POR EL CELADOR

RAUL MARTIN CARO CUDERO

MARTA ALANIS AVILA

CRISTINA CAMINO MUÑOZ

MIGUEL ANGEL ASPERILLA LOPEZ

NATALIA MARCOS GÓMEZ

1 Introducción

Un paciente encamado debido a politraumatismo es aquel que ha sufrido lesiones en múltiples áreas del cuerpo como resultado de un accidente o trauma significativo. Esta condición médica es compleja y requiere una atención integral y coordinada por parte de un equipo médico multidisciplinario.

En primer lugar, se realiza una evaluación exhaustiva para identificar todas las lesiones y determinar su gravedad. Esto puede implicar radiografías, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas y otros estudios de diagnóstico por imágenes. La prioridad es tratar cualquier lesión que amenace la vida, como hemorragias internas o lesiones en órganos vitales.

Una vez estabilizado, el paciente se mantiene encamado para permitir la recuperación. Dependiendo de las lesiones, puede ser necesario el uso de dispositivos de inmovilización, como férulas o yesos, para facilitar la curación de fracturas. Además, se administran analgésicos y se controla el dolor de manera constante.

El paciente también recibe atención de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales para prevenir la rigidez muscular y promover la recuperación funcional. La atención de enfermería es esencial para el aseo, la prevención de úlceras por presión y la administración de medicamentos.

La atención psicológica es importante, ya que el paciente puede experimentar traumas emocionales debido al accidente. Trabajar con un psicólogo o consejero puede ayudar en la recuperación mental y emocional.

Un paciente encamado por politraumatismo requiere una atención médica multidisciplinaria que aborde todas las lesiones de manera integral, desde el tratamiento de emergencia hasta la rehabilitación física y emocional, con el objetivo de lograr una recuperación óptima y una mejor calidad de vida.

2 Objetivos

Explicar las distintas funciones que tiene el celador en el aseo de los pacientes encamados con politraumatismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones del celador en el aseo del paciente encamado por politraumatismo son cruciales para garantizar la comodidad, la higiene y el bienestar del paciente en una situación médica tan delicada. Aquí se describen algunas de las responsabilidades clave del celador en esta tarea:

Preparación del entorno: El celador debe asegurarse de que la habitación del paciente esté ordenada y lista para el proceso de aseo. Esto incluye la disposición adecuada de los suministros necesarios, como toallas, jabón, agua tibia y ropa de cama limpia.

Ayuda en el traslado seguro: Los pacientes con politraumatismo a menudo tienen limitaciones significativas en la movilidad debido a fracturas u otras lesiones. El celador juega un papel fundamental en ayudar al paciente a moverse con cuidado y seguridad durante el proceso de aseo, minimizando el riesgo de lesiones adicionales.

Asistencia en el baño y aseo personal: El celador colabora con el personal de enfermería para realizar el baño y el aseo del paciente, utilizando técnicas adecuadas y productos suaves para minimizar la irritación de la piel y el malestar.

Manipulación de dispositivos médicos: Algunos pacientes politraumatizados pueden tener dispositivos médicos, como catéteres o vendajes especiales. El celador ayuda en la manipulación de estos dispositivos según las indicaciones del equipo médico, garantizando que estén limpios y funcionando correctamente.

Control de la temperatura ambiente: Mantener una temperatura adecuada en la habitación del paciente es esencial, ya que las personas con politraumatismo pueden ser más sensibles a los cambios de temperatura debido a las lesiones. El celador supervisa y ajusta la temperatura ambiente según sea necesario para el confort del paciente.

Registro de observaciones: Durante el proceso de aseo, el celador puede ser responsable de observar y registrar cambios en la piel del paciente, como enrojecimiento, decoloración o cualquier otra anomalía. Estos registros son valiosos para el equipo médico.

Apoyo emocional y comunicación: El proceso de aseo puede ser incómodo y, a veces, doloroso para el paciente politraumatizado. El celador brinda apoyo emocional, tranquiliza al paciente y comunica cualquier inquietud o malestar al personal de enfermería para su evaluación y manejo adecuado.

Mantenimiento de la privacidad y la dignidad: El celador debe garantizar en todo momento la privacidad y la dignidad del paciente, utilizando cortinas o puertas para proteger su intimidad y asegurándose de que se sienta respetado y cómodo.

El celador desempeña un papel esencial en el aseo del paciente encamado por

politraumatismo, trabajando en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para garantizar que el proceso sea seguro, respetuoso y propicio para la recuperación del paciente en una situación médica delicada.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para el celador en el aseo del paciente con politraumatismo encamado es la delicadeza. Dado que estos pacientes a menudo sufren múltiples lesiones y dolor, es fundamental que el celador realice cada paso del proceso de aseo con suavidad y cuidado extremo. Evitar movimientos bruscos, minimizar la fricción en la piel y estar atento a las señales de incomodidad del paciente son prioridades.

Además, se debe mantener una comunicación constante con el personal de enfermería para comprender las necesidades específicas del paciente y ajustar el proceso en consecuencia. La empatía y la atención a la comodidad del paciente son esenciales. Esta delicadeza contribuirá no solo a la higiene adecuada, sino también a la mitigación del dolor y el malestar, promoviendo así una recuperación más rápida y cómoda para el paciente politraumatizado.

6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibruarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 218.

Capítulo 761

ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO CON PARÁLISIS CEREBRAL EN GRADO SEVERO POR EL CELADOR

RAUL MARTIN CARO CUDERO

MARTA ALANIS AVILA

CRISTINA CAMINO MUÑOZ

MIGUEL ANGEL ASPERILLA LOPEZ

NATALIA MARCOS GÓMEZ

1 Introducción

Un paciente encamado con un grado severo de parálisis cerebral enfrenta una serie de desafíos tanto en términos de movilidad como de cuidados continuos. La parálisis cerebral es una condición neuromuscular crónica que afecta el control del movimiento y la postura debido a daños cerebrales antes, durante o después del parto. Aquí hay algunas consideraciones clave para el cuidado de un paciente en esta situación:

Movilidad Limitada: Estos pacientes a menudo tienen movilidad limitada o nula, lo que significa que requieren asistencia para cambiar de posición en la cama y prevenir úlceras por presión. Se pueden utilizar técnicas de posicionamiento y dispositivos como colchones especiales para reducir el riesgo de complicaciones.

Alimentación y Hidratación: Puede ser necesario un plan de alimentación específico para asegurar que el paciente reciba la nutrición adecuada. Algunos pacientes pueden requerir la alimentación por sonda o gastrostomía si tienen dificultades para tragar.

Control del Dolor y Medicación: La gestión del dolor es esencial, ya que estos pacientes pueden experimentar dolor crónico debido a contracturas musculares y espasticidad. Se pueden utilizar medicamentos y terapias para aliviar el dolor.

Cuidado de la Piel: Debido a la inmovilidad, la piel del paciente es susceptible a lesiones. El cuidado meticuloso de la piel y la rotación periódica son esenciales para prevenir úlceras por presión.

Terapia Física y Ocupacional: La terapia física y ocupacional puede ayudar a mantener la función muscular, mejorar la postura y la movilidad en la medida de lo posible y fomentar la independencia en las actividades de la vida diaria.

Cuidado Psicológico y Emocional: La parálisis cerebral puede tener un impacto significativo en la salud mental del paciente y de su familia. El apoyo psicológico es esencial para enfrentar los desafíos emocionales que puedan surgir.

Comunicación: Si el paciente tiene dificultades para hablar o comunicarse verbalmente, es importante utilizar sistemas de comunicación alternativos, como dispositivos de comunicación asistida por computadora.

Adaptaciones en el Entorno: El entorno del paciente debe adaptarse para facilitar su movilidad y acceso, lo que puede incluir modificaciones en la vivienda y el uso de dispositivos de asistencia.

El cuidado de un paciente encamado con un grado severo de parálisis cerebral es complejo y requiere un enfoque multidisciplinario que aborde sus necesidades médicas, emocionales y de movilidad. La atención personalizada y la coordinación entre profesionales de la salud son esenciales para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y brindarles el mejor cuidado posible.

2 Objetivos

Explicar las distintas funciones que tiene este profesional en aquellas tareas en el hospital que se reflejan en el título.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se han tenido que valorar y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

Las funciones del celador en el cuidado de un paciente encamado con parálisis cerebral severa son esenciales para garantizar la comodidad, la seguridad y el bienestar del paciente en una situación médica tan compleja. Aquí se describen algunas de las responsabilidades clave del celador en esta tarea:

Posicionamiento y Cambio de Posición: Dado que los pacientes con parálisis cerebral severa tienen movilidad limitada, el celador juega un papel fundamental en el posicionamiento del paciente en la cama y en la rotación periódica para prevenir úlceras por presión. Estas acciones son vitales para mantener la salud de la piel y prevenir complicaciones.

Asistencia en el Aseo y la Higiene Personal: El celador colabora con el equipo de enfermería para brindar asistencia en el aseo y la higiene personal del paciente. Esto puede incluir el lavado, la limpieza y el cambio de ropa de cama, asegurando que el paciente esté cómodo y limpio.

Colaboración en el Traslado: Los pacientes con parálisis cerebral severa a menudo requieren transferencias cuidadosas para moverse de la cama a la silla de ruedas o a otros dispositivos. El celador ayuda en estas transferencias de manera segura y suave, minimizando el riesgo de lesiones.

Asistencia en la Alimentación: Si el paciente tiene dificultades para comer por sí mismo, el celador puede ayudar en la alimentación, siguiendo las indicaciones del personal médico y de enfermería en cuanto a la dieta y la administración de alimentos.

Comunicación y Observación: El celador debe estar atento a las señales de incomodidad, dolor o necesidades del paciente, y comunicar estas observaciones al personal de enfermería. Esta comunicación constante es esencial para brindar el mejor cuidado posible.

Apoyo Emocional y Social: La interacción con el paciente es importante para mantener su bienestar emocional. El celador puede brindar apoyo emocional y compañía, fomentando un entorno amigable y tranquilizador para el paciente.

Mantenimiento del Entorno: El celador se asegura de que el entorno del paciente esté limpio y ordenado, eliminando obstáculos y asegurando que los suministros necesarios estén disponibles.

Coordinación con el Equipo de Salud: El celador trabaja en estrecha colaboración con el equipo de enfermería y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada para el paciente.

El celador desempeña un papel esencial en el cuidado del paciente encamado con parálisis cerebral severa, contribuyendo a su comodidad, seguridad y bienestar general. La delicadeza, la atención a los detalles y la comunicación efectiva con el equipo de salud son fundamentales para brindar el mejor cuidado posible en esta situación médica compleja.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para el aseo de un paciente encamado con parálisis cerebral severa es la paciencia y la delicadeza. Dado que estos pacientes tienen movilidad limitada y pueden experimentar sensibilidad o contracturas musculares, es esencial llevar a cabo cada aspecto del aseo con suavidad y cuidado extremo.

Durante el proceso de aseo, evite movimientos bruscos que puedan causar incomodidad o dolor al paciente. Use productos suaves y adecuados para la piel para minimizar la irritación. Escuche atentamente al paciente y esté atento a cualquier señal de malestar, adaptando el proceso según sea necesario.

La comunicación constante con el paciente es clave; explique lo que está haciendo y hable de manera tranquila y reconfortante para calmar posibles ansiedades. Además, permita que el paciente participe en la medida de lo posible, fomentando su independencia y autoestima.

La paciencia, la delicadeza y la comunicación empática son fundamentales para proporcionar un aseo adecuado y cómodo para un paciente encamado con parálisis cerebral, promoviendo su bienestar y confort.

6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 218.

Capítulo 762

ESTUDIO DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA EN ENTORNOS HOSPITALARIOS A CARGO DEL PINCHE DE COCINA

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

VICTOR SERRANO SIMON

MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

ANTONIA FERNANDEZ BELLON

1 Introducción

La seguridad alimentaria en entornos hospitalarios es esencial para garantizar la salud y el bienestar de los pacientes, muchos de los cuales pueden tener sistemas inmunológicos debilitados. Es muy importante mantener una correcta seguridad en la cocina para evitar posibles enfermedades a los pacientes y al personal que trabaja en los hospitales. Los pinches de cocina, como parte integral del proceso de preparación de alimentos, juegan un papel crucial en la prevención de riesgos alimentarios. Este estudio compara cómo los pinches de cocina contribuyen a la seguridad alimentaria en diferentes hospitales y examina cómo las prácticas y la formación del personal influyen en la prevención de la contaminación cruzada y otros problemas relacionados con los alimentos.

Se analizan las prácticas actuales de seguridad alimentaria en hospitales y se compara cómo los pinches de cocina desempeñan un papel crucial en la prevención de riesgos alimentarios. Se evalúan aspectos clave como la higiene, la manipulación de alimentos y la prevención de la contaminación cruzada, utilizando datos y ejemplos de diferentes instituciones médicas. Los resultados destacan la importancia de la formación del personal y el uso adecuado de los pinches de cocina para garantizar la seguridad alimentaria y la atención de calidad en entornos hospitalarios.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer las medidas para mantener la seguridad de la alimentación en el entorno hospitalario y conocer las políticas de seguridad alimentaria.

3 Metodología

Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica y de salud relacionada con la seguridad alimentaria en hospitales y la función de los pinches de cocina. Se recopilieron datos de estudios, informes y guías de buenas prácticas en diferentes instituciones médicas.

4 Resultados

La seguridad alimentaria es muy importante para prevenir enfermedades y evitar que los pacientes padezcan infecciones provocadas por la comida. Para ello es necesario la implementación de una serie de medidas que serán llevadas a cabo por el personal de cocina (en este caso por el pinche de cocina).

Estas medidas son:

1. Higiene y Manipulación de Alimentos: Los pinches de cocina son responsables de garantizar la higiene adecuada durante la manipulación de alimentos. En hospitales que priorizan la seguridad alimentaria, los pinches de cocina deben seguir protocolos estrictos de lavado de manos, uso de guantes y limpieza de superficies para prevenir la contaminación bacteriana y viral.
2. Prevención de la Contaminación Cruzada: Los pinches de cocina tienen un papel crucial en la prevención de la contaminación cruzada al garantizar que los alimentos crudos y cocidos se manipulen y almacenen por separado. Además, deben

utilizar pinches de cocina diferentes para cada tipo de alimento, reduciendo así el riesgo de transferencia de patógenos.

3. Formación y Educación del Personal: La formación adecuada del personal de cocina es esencial para garantizar prácticas de seguridad alimentaria efectivas. Los hospitales que ofrecen capacitación regular sobre manipulación de alimentos y uso correcto de los pinches de cocina tienden a tener un mejor control de los riesgos alimentarios.

4. Implementación de Normativas y Protocolos: Hospitales con protocolos y normativas sólidas relacionadas con la seguridad alimentaria, incluido el uso de pinches de cocina, tienden a lograr una mayor conformidad con estándares de calidad y seguridad.

5. Supervisión y Control de Calidad: La supervisión regular de las prácticas de seguridad alimentaria y la calidad de la comida es esencial para identificar y corregir posibles problemas. Los pinches de cocina desempeñan un papel en esta supervisión al seguir procedimientos establecidos y comunicar cualquier problema.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de este estudio comparativo va a demostrar que los pinches de cocina son los actores clave en la seguridad alimentaria en los entornos hospitalarios. Su función en la prevención de la contaminación cruzada, la manipulación higiénica de alimentos y la implementación de protocolos de seguridad es fundamental para garantizar que los pacientes reciban alimentos nutritivos y seguros durante su estadía en el hospital, esto hace que se eviten posibles enfermedades infecciosas que se pueden encontrar en los alimentos. La formación del personal, la implementación de normativas y la supervisión continua son elementos esenciales para mantener altos estándares de seguridad alimentaria en el ámbito hospitalario.

6 Bibliografía

<https://www.albaquadrado.com/es/blog/la-seguridad-alimentaria-restauracion-colectiva-alergicos-a996.html>

http://sancyd.com/wp-content/uploads/2020/02/MANUAL_DE_ACTUACION_HIGIENICO_SANITARIA_Y_NUTRICONAL_DIG.pdf

Capítulo 763

HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL USO DEL PINCHE DE COCINA EN ENTORNOS HOSPITALARIOS

MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA

ANTONIA FERNANDEZ BELLON

VICTOR SERRANO SIMON

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

1 Introducción

El pinche de cocina, conocido comúnmente como "utensilio de cocina", es una herramienta esencial en la preparación y manipulación de alimentos en diversos contextos culinarios. El pinche de cocina se ha utilizado para describir a los asistentes de cocina que trabajan bajo la supervisión de chefs en diversos entornos culinarios y su presencia en los hospitales no ha sido una excepción. Su papel en la cocina ha evolucionado significativamente a lo largo de la historia, y su presencia en entornos hospitalarios ha adquirido relevancia en términos de seguridad alimentaria y cuidado de los pacientes. Es importante estudiar como surgió la figura del pinche de cocina en otros ámbitos y como se incorporó al medio hospitalario para garantizar calidad y seguridad alimentaria a los pacientes.

La historia de la cocina hospitalaria se entrelaza con la evolución de la atención médica y la conciencia sobre la importancia de la alimentación en la salud y la recuperación de los pacientes.

Se investiga cómo esta herramienta culinaria ha evolucionado desde sus orígenes hasta su papel actual en la preparación de alimentos en hospitales y centros de atención médica. Se analiza su importancia para la seguridad alimentaria, la eficiencia operativa y la nutrición de los pacientes. Además, se examinan los desafíos y las tendencias emergentes en la utilización del pinche de cocina en el ámbito hospitalario.

2 Objetivos

-Conocer cuándo surgió la figura del pinche de cocina hospitalaria y cómo ha ido evolucionando a lo largo de los años.

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 historia del Pinche de Cocina y sus utilidades:

1. Orígenes del Pinche de Cocina: Los orígenes del pinche de cocina se remontan a las primeras civilizaciones, donde la necesidad de manipular, cocinar y servir alimentos condujo a la creación de herramientas rudimentarias, como palos, piedras y conchas, que evolucionaron gradualmente hacia utensilios más especializados. Con el tiempo, la tecnología y la metalurgia permitieron la fabricación de herramientas de cocina más precisas y eficientes.
2. El Pinche de Cocina en Entornos Hospitalarios: El uso del pinche de cocina en hospitales y centros de atención médica tiene sus raíces en la necesidad de proporcionar alimentos nutritivos y seguros a los pacientes. En los primeros tiempos, la cocina hospitalaria a menudo se asemejaba a la cocina casera, y los pinches de

cocina eran utilizados por el personal para preparar alimentos adaptados a las necesidades dietéticas de los pacientes.

3. Evolución y Avances: Con el avance de la tecnología y las normas de seguridad alimentaria, los pinches de cocina se han transformado en utensilios especializados y ergonómicos. La introducción de acero inoxidable y materiales resistentes al calor ha mejorado la durabilidad y la higiene de estos utensilios. Además, la automatización en la preparación de alimentos en entornos hospitalarios ha llevado a la creación de equipos de cocina más sofisticados y eficientes.

4. Importancia en la Seguridad Alimentaria: El uso adecuado de los pinches de cocina en hospitales es crucial para garantizar la seguridad alimentaria de los pacientes, especialmente aquellos con sistemas inmunológicos comprometidos. La prevención de la contaminación cruzada y la manipulación higiénica de los alimentos son aspectos esenciales para prevenir enfermedades transmitidas por los alimentos en un entorno hospitalario.

5. Rol en la Nutrición y Recuperación de Pacientes: La evolución del pinche de cocina ha contribuido a mejorar la calidad nutricional de las comidas hospitalarias. La preparación de alimentos adecuadamente cocidos y presentados de manera atractiva puede aumentar la ingesta de nutrientes y mejorar la recuperación de los pacientes. Los pinches de cocina desempeñan un papel fundamental en la creación de platos balanceados y apetitosos.

6. Desafíos y Tendencias Futuras: A pesar de los avances, los hospitales aún enfrentan desafíos en la optimización de las operaciones de cocina. La capacitación del personal, la gestión de recursos y la adaptación a las necesidades dietéticas específicas de los pacientes siguen siendo temas importantes. En el futuro, es posible que veamos una mayor integración de tecnología en la cocina hospitalaria, como la robótica y la inteligencia artificial, para mejorar aún más la eficiencia y la calidad de los alimentos.

5 Discusión-Conclusión

El pinche de cocina ha recorrido un largo camino desde sus humildes orígenes hasta convertirse en una herramienta esencial en la preparación de alimentos en entornos hospitalarios. Es importante su colaboración en el área hospitalaria para garantizar la calidad y seguridad de los alimentos para los pacientes y trabajadores de hospitales. Su evolución refleja la importancia de la seguridad alimentaria, la nutrición y la eficiencia operativa en la atención médica moderna. A medida que la tecnología y la conciencia sobre la salud continúan avanzando, es esencial seguir adaptando y mejorando el uso del pinche de cocina para satisfacer

las necesidades cambiantes de los pacientes y del personal médico.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/cocinas-hospital-maquinaria/>

<https://www.institutotomaspascualsanz.com/alimentacion-y-nutricion-hospitalaria-cocina-hospitalaria/#::text=La%20cocina%20hospitalaria%20participa%20de,lo%20posible%2C%20a%20su%20satisfacci%C3%B3n.>

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-65582022000200609

<https://www.euroinnova.edu.es/profesion/pinche-de-cocina>

<https://ccfprosario.com.ar/que-es-un-pinche-de-cocina/>

Capítulo 764

FUNCIONES QUE DESARROLLA EL PINCHE DE COCINA EN EL CUARTO DE PESCADO DE UNA COCINA DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ

MARÍA DOLORES GARCÍA CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA

VERONICA DONOSO CONDE

ROSA MARIA BRAVO LOPEZ

MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE

1 Introducción

El personal de cocina realiza una labor importante en cualquier establecimiento dedicado al servicio de alimentación, donde esa labor cobra una mayor importancia en la cocina de un hospital dada la minuciosidad con la que se deben tratar los alimentos, asegurando así la calidad, la seguridad y la preparación saludable de dichos productos alimentarios.

El cuarto de pescado es fundamental en una cocina hospitalaria, dado que es el lugar donde se manejan y preparan los alimentos marinos como el pescado y el

marisco, destacando la figura del pinche de cocina entre el resto de componentes que conforman la plantilla de trabajo por las múltiples funciones esenciales que ejerce en el cuarto de pescado, además de auxiliar en todo momento al cocinero en todas aquellas labores relacionadas tanto con la preparación como la manipulación de pescados y mariscos.

Cabe destacar que dada la importancia en la preparación de comidas seguras y saludables, el pinche de cocina precisa de una gran delicadeza y escurpulosidad, donde sus funciones resultan esenciales para asegurar, como se mencionó, la calidad y seguridad en la alimentación de los pacientes que se encuentran hospitalizados; por lo tanto, es importante saber y conocer aquellas tareas que el pinche de cocina lleva a cabo en el cuarto de pescado, cuáles de las funciones que se realizan corresponden al pinche de cocina en esta parte de la cocina del hospital, así como los conocimientos y habilidades necesarios para ejecutar las tareas de la forma más efectiva posible.

2 Objetivos

- Analizar las funciones que lleva a cabo el pinche de cocina en el cuarto de pescado dentro de una cocina 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

Una vez analizada la información encontrada en internet y realizar las entrevistas con pinches de cocina especializados en el trabajo que se lleva a cabo en el cuarto de pescado de un hospital, se comprobó el conjunto de funciones esenciales que desempeñan, donde priman aquellas tareas relacionadas con asegurar la seguridad, la calidad y la frescura de pescados y mariscos que posteriormente serán utilizados en la preparación de la alimentación que se proporcionará a los pacientes hospitalizados.

Uno de los primeros cometidos que asume el pinche de cocina es recibir y comprobar que el género que llega al cuarto de pescado cuente con la calidad necesaria, por lo tanto, deberá asegurarse examinando y observando que dichos productos cumplen con las condiciones necesarias para utilizarlos en la cocina, siendo una tarea vital dado que si el pinche de cocina no es capaz de hallar si un alimento no cuenta con la frescura y la calidad necesaria, podrá generar ciertos problemas con su uso en la preparación de las comidas que afectarán directamente a los pacientes que ingieran mencionados alimentos.

El pinche de cocina también es el encargado de preparar y manipular el marisco y pescado de manera apropiada, por lo que limpiará, quitará espinas, fileteará, desescamará, etc., los diferentes productos, siempre siguiendo las normas sanitarias vigentes así como aquellos protocolos de seguridad relacionados con la alimentación a nivel estatal, de la comunidad autónoma y del propio hospital, consiguiendo de esta forma que los alimentos marinos no sean contaminados por una manipulación inadecuada.

Además de las funciones mencionadas anteriormente, el pinche de cocina en el cuarto de pescado de un hospital trabajará de manera estrecha con el cocinero, auxiliándole en aquellas tareas como el montaje y la decoración de los platos de pescado y marisco, la preparación de diferentes salsas y de guarniciones que se usarán en las recetas previamente cocinadas, por lo que la colaboración entre el pinche de cocina y el cocinero asegura el éxito culinario en las necesidades de cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de los pinches de cocina resultan de vital importancia en el cuarto de pescado en las cocinas de los hospitales, siendo integrantes primordiales en el equipo de cocina. Como se ha podido comprobar, es esencial que los pinches de cocina tengan conocimientos y habilidades relacionadas con la higiene, la seguridad, la calidad y la frescura del marisco y el pescado utilizados en la preparación de comidas en el contexto hospitalario.

A lo largo del presente capítulo, se ha podido observar que principalmente destaca en el rol del pinche de cocina en el cuarto de pescado la recepción y comprobación de la mercancía marina recibida, la preparación y la manipulación correcta de los productos, además de la colaboración con el cocinero y demás miembros del equipo de cocina en distintas fases de la preparación de los platos de pescado y marisco, en un ámbito donde la alimentación es fundamental en la recuperación de los pacientes que se encuentran ingresados.

6 Bibliografía

1. García, A. G. M., Maldonado, T. G., Pérez, T. M. N., y García, L. M. (2017). Seguridad del paciente desde la cocina hospitalaria. SANUM: revista científico-sanitaria, (1), 54-60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8780497>.
2. Gómez Sánchez, M. B. (2015). Evaluación y mejora de la calidad en la alimentación hospitalaria. Proyecto de investigación. <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/46952/1/Tesis%20Marlia%20Bienvenida%20def.pdf>
3. Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-11604-consolidado.pdf>.
4. Ley 28/2015, de 30 de julio, para la defensa de la calidad alimentaria. <https://www.boe.es/boe/dias/2015/07/31/pdfs/BOE-A-2015-8563.pdf>.
5. Reglamento (CE) n° 853/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativo a la higiene de los productos alimenticios. <https://www.boe.es/doue/2004/139/L00001-00054.pdf>.

Capítulo 765

FUNCIONES QUE DESARROLLA EL PINCHE DE COCINA EN EL CUARTO DE CARNE DE UNA COCINA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ

MARÍA DOLORES GARCÍA CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA

ROSA MARIA BRAVO LOPEZ

VERONICA DONOSO CONDE

MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE

1 Introducción

Dentro del ámbito hospitalario, es fundamental una atención especializada y meticulosa en todas las dimensiones que lo componen, incluyendo la alimentación de los pacientes que se encuentran hospitalizados.

En la cocina de un hospital, la figura del pinche de cocina resulta de gran valor, siendo personal imprescindible en el cuarto de carne, si bien en ocasiones se subestima su labor, se debe tener en cuenta que gracias a los conocimientos que posee, así como a sus habilidades y destrezas, asume la responsabilidad de que los alimentos que posteriormente serán cocinados se encuentren en perfectas

condiciones en cuanto a seguridad como en calidad e higiene de los alimentos, además de otras funciones que se verán posteriormente. Todo ello, el pinche de cocina en el cuarto de carne lo hará siempre siguiendo las regulaciones de salud en materia de alimentación y nutrición, además de la seguridad propia del lugar donde realiza su trabajo, repercutiendo su labor directamente en los pacientes hospitalizados.

El pinche de cocina en el cuarto de carne en la cocina de un hospital deberá garantizar que la carne se limpie, se prepare y se almacene en buenas condiciones basándose en los protocolos y las normas que posea el hospital, además de la limpieza de aquellos utensilios y equipos que se hayan utilizado para su posterior utilización.

Es importante destacar que, con relación a la ley de 31/1995, de 8 noviembre, de prevención de riesgos laborales, el pinche de cocina es responsable del uso adecuado de aquellos equipos de protección que les serán proporcionados y deberá utilizar en el cuarto de carne, así como utilizar los equipos y los útiles de manera adecuada para prevenir posibles accidentes mientras realiza sus funciones en su punto de trabajo.

2 Objetivos

- Describir las funciones específicas que lleva a cabo el pinche de cocina en el cuarto de carne en la cocina 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

Después de las lecturas y entrevistas realizadas a pinches de cocina que desempeñan sus funciones en el cuarto de carne en la cocina hospitalaria, cabe destacar que estos deben contar con diferentes habilidades para manipular de una manera

segura la carne, además de una gran cognición en lo que refiere a los protocolos y normativas relativas a la higiene y a la seguridad de los alimentos.

El pinche de cocina en el cuarto de carne es el primer miembro de cocina que acoge el género que llega a las instalaciones, siendo el responsable de comprobar y examinar que los alimentos cárnicos cuenten con la frescura adecuada y las fechas de caducidad apropiadas, asegurando así que su uso es apto en la preparación de diferentes platos que serán servidos a los pacientes hospitalizados, también registrará la entrada de la mercancía recibida y almacenará la carne en su lugar correspondiente, lo que es imprescindible para garantizar que no se pierda la calidad y la seguridad de los alimentos cárnicos.

Además de lo anterior, también corresponde como función específica del pinche de cocina en el cuarto de carne, el despiece y dividir en porciones la carne según las diferentes dietas de cada paciente, dado que cada tipo de plato requiere de porciones disímiles según su nutrición concreta.

En esta parte, el pinche de cocina deberá realizar un despiece y proporcionado cuidando la presentación de la carne, por lo que debe contar con habilidades que le permitan realizar cortes en los alimentos cárnicos de manera precisa y uniforme.

Es fundamental que el pinche de cocina, en sus tareas de limpieza, higiene y seguridad, conserve el cuarto de carne limpio desinfectando utensilios, equipos y superficies de trabajo, siguiendo en todo momento los protocolos de higiene establecidos a nivel gubernamental como los propios del hospital; además, es imprescindible que el pinche de cocina conozca y cumpla con la normativa de seguridad alimentaria vigente en el centro hospitalario, como la temperatura a la que debe mantenerse la carne, manipulándola de manera segura e impidiendo la contaminación cruzada, de esta manera evitará que se produzcan en los pacientes, enfermedades transmitidas por la alimentación.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido comprobar, las funciones del pinche de cocina en el cuarto de carne en el

ámbito hospitalario son esencial para la calidad y seguridad de los alimentos que ingerirán los pacientes que se encuentran hospitalizados, así como la importancia de que, gracias a sus habilidades y conocimientos, aseguran una higiene adecuada con los alimentos y con el lugar donde realizan su trabajo, lo que permite que dichos alimentos sean de gran calidad, influyendo positivamente en la salud de los pacientes hospitalizados.

Se ha podido ver que las funciones del pinche de cocina en el cuarto de carne no se basan

únicamente en auxiliar al cocinero, si no que las responsabilidades y funciones específicas van mucho más allá, siendo un miembro primordial en el equipo de la cocina de un hospital.

6 Bibliografía

- 1.Gómez Sánchez, M. B. (2015). Evaluación y mejora de la calidad en la alimentación hospitalaria. Proyecto de investigación. <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/46952/1/Tesis%20Marlia%20Bienvenida%20def.pdf>
- 2.Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-11604-consolidado.pdf>.
- 3.Ley 28/2015, de 30 de julio, para la defensa de la calidad alimentaria. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8563-consolidado.pdf>.
- 4.Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-24292-consolidado.pdf>.
- 5.Reglamento (CE) n° 852/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativo a la higiene de los productos alimenticios <https://www.boe.es/doue/2004/139/L00001-00054.pdf>.
- 6.Reglamento (CE) n° 853/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, por el que se establecen normas específicas de higiene de los alimentos de origen animal. <https://boe.es/doue/2004/139/L00055-00205.pdf>.

Capítulo 766

ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA EL PINCHE DE COCINA EN EL CUARTO DE VERDURAS Y HORTALIZAS DE UNA COCINA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ

MARÍA DOLORES GARCÍA CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA

VERONICA DONOSO CONDE

ROSA MARIA BRAVO LOPEZ

MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE

1 Introducción

En el presente capítulo se analizarán las funciones específicas y responsabilidades que lleva a cabo el pinche de cocina en el cuarto de verduras y hortalizas en una cocina hospitalaria, donde las actividades que se desempeña el pinche de cocina en mencionado cuarto son primordiales para poder asegurar la frescura, calidad e higiene de los alimentos que posteriormente serán utilizados para la preparación de los diversos platos según las dietas de los pacientes ingresados,

por lo tanto, el pinche de cocina en el cuarto de verduras y hortalizas es un integrante esencial en el equipo de trabajo culinario dentro del contexto de la cocina hospitalaria.

La alimentación de los pacientes que se encuentran hospitalizados es clave en su proceso de recuperación, siendo uno de los grandes motivos por los que la manipulación y preparación de verduras y hortalizas debe contar con la delicadeza y atención necesaria para, de esta forma, poder asegurar tanto la seguridad como la calidad en las comidas que serán servidas a los pacientes, siendo este proceso responsabilidad del pinche de cocina.

A través del estudio e ilustración de las múltiples tareas y responsabilidades que tiene el pinche de cocina en el cuarto de verduras y hortalizas, se postulará una cognición más amplia en referencia a la figura imprescindible del pinche de cocina en el ámbito hospitalario, las cuales pueden parecer fáciles, pero que, sin embargo, precisan por parte del pinche de cocina en el cuarto de verduras y hortalizas ciertas habilidades y conocimientos específicos para poder llevar a cabo sus funciones de forma exitosa.

2 Objetivos

Analizar las funciones que ejecuta el pinche de cocina en el cuarto de verduras y hortalizas de una cocina hospitalaria, además de aquellas medidas que garantizan la seguridad, calidad e higiene de los alimentos que se proveen al cuarto de verduras y hortalizas de la cocina de un centro hospitalario.

3 Metodología

La metodología utilizada para poder realizar este capítulo se realizó aplicando el método de investigación descriptivo, donde se consultaron diferentes fuentes bibliográficas confiables a través de bases de datos como Pubmed o Medline y libros físicos relacionados con las normas sanitarias actuales sobre la manipulación de alimentos, en concreto con verduras y hortalizas, además de las funciones que el pinche de cocina realiza en el cuarto de verduras y hortalizas. Por otro lado, se realizó una entrevista a un pinche de cocina con años de experiencia en la cocina del ámbito hospitalario mientras realizaba sus tareas, observando a la vez in situ las actividades que realizaba, cuya finalidad fue lograr ampliar la información de una forma más detallada sobre las funciones llevadas a cabo por el pinche de cocina en el cuarto de verduras y hortalizas.

4 Resultados

Una vez realizada la investigación descriptiva, en cuando a los resultados adquiridos, se puede observar que el pinche de cocina en el cuarto de verduras y hortalizas en la cocina hospitalaria comprende múltiples funciones diferentes y relevantes para obtener unos buenos resultados en la preparación de las dietas de los pacientes, donde es de vital importancia que se cumplan los estándares de seguridad así como higiénicos, dado que la materia prima, en caso de no cumplir con las temperaturas adecuadas para su conservación, que dicha materia prima se deteriore, así como eliminar la posibilidad de contaminación producirían un deterioro en la calidad de la misma, lo que conllevaría que se pudiesen producir efectos negativos en la salud de los pacientes que ingieran los alimentos cocinados.

De las diversas tareas que realiza un pinche de cocina en el cuarto de verduras y hortalizas, cabe destacar que será quien reciba los productos, el cual deberá clasificarlos, revisar que se encuentran en buenas condiciones, desechando aquellos que no cumplan con los estándares establecidos y colocándolos en el lugar apropiado para que conserven la calidad y mantengan la frescura. Además de lo descrito, el pinche de cocina también será quien se encargue de retirar las partes que no se pueden ingerir de las verduras y hortalizas, realizar el corte de los productos y lavarlos, de forma que queden preparados para su uso en la preparación de las comidas.

Dicho la anterior, se puede comprobar que las tareas que ejecuta el pinche de cocina en el cuarto de verduras y hortalizas son fundamentales para que las dietas de los pacientes en el ámbito hospitalario cuenten con la máxima seguridad y calidad, por lo que resulta indispensable que el pinche de cocina cumpla en todo momento aquellas normas relacionadas con la higiene y la manipulación de alimentos.

5 Discusión-Conclusión

Una vez analizados los resultados del presente capítulo, se puede concluir que el pinche de cocina en el cuarto de verduras y hortalizas de la cocina hospitalaria es un miembro fundamental, quien realiza una serie de tareas diversas y complejas, el cual será quien garantice la inocuidad y calidad de los alimentos que se utilizarán para cocinar la comida de los pacientes que se encuentran hospitalizados. También se puede apreciar que, para garantizar lo anteriormente mencionado, así como evitar la contaminación por diferentes microorganismos como por ejemplo

hongos o bacterias que puedan afectar directamente en la salud del paciente, es imprescindible que el pinche de cocina cuente con la formación y habilidades apropiadas para la realización de sus funciones, así como seguir los protocolos y las normativas sanitarias relacionadas con la seguridad e higiene vigentes en relación con la recepción de la mercancía, su preparación y cómo debe almacenarse para asegurar la frescura y calidad de los alimentos.

6 Bibliografía

Gómez Sánchez, M. B. (2015). Evaluación y mejora de la calidad en la alimentación hospitalaria. Proyecto de investigación. <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/46952/1/Tesis%20Marlia%20Bienvenida%20def.pdf>

Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-11604-consolidado.pdf>

Ley 28/2015, de 30 de julio, para la defensa de la calidad alimentaria. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8563-consolidado.pdf>

Reglamento (CE) n° 852/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativo a la higiene de los productos alimenticios. <https://www.boe.es/doue/2004/139/L00001-00054.pdf>

Capítulo 767

CELADOR EN ALMACÉN HOSPITALARIO

LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS

MARÍA DEL MILAGRO GALLEGO CASTILLA

RUBÉN SANTACRUZ GALLEGO

FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ

MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO

1 Introducción

El almacén es el espacio físico de un hospital destinado a la conservación de medicamentos, materias primas o cualquier otro material que es preciso custodiar, hasta su entrega a la unidad que lo necesite.

La función principal del almacén de un hospital es el aprovisionamiento, el control de las existencias y el suministro de las mismas en tiempo y forma.

La Orden Ministerial de febrero de 1977, encontraremos dos tipos de almacenes hospitalarios, el almacén general y el almacén de farmacia. El almacén general se puede subdividir a su vez en otros almacenes más específicos; almacén de material de mantenimiento, almacén de material clínico fungible, almacén de material quirúrgico, almacén de aparataje, almacén de papelería, almacén de lencería, etc. Es importante reseñar que el tamaño del almacén estará condicionado por varias variables:

☒ Tamaño del hospital, en particular el número de camas.

- ☒ Tipo de hospital y las especialidades médicas del mismo.
- ☒ Estrategia definida con respecto a los pedidos de los proveedores.
- ☒ Situación geográfica del hospital.
- ☒ El tipo de productos que es preciso almacenar (medicamentos, gasas, suturas, etc.).
- ☒ El servicio de almacén hospitalario está adscrito a la División General de Gestión y Servicios Generales del Hospital

2 Objetivos

Describir las funciones y tareas que realiza un celador en el servicio de almacén hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente y en bibliográficas de almacenamiento en general. 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 y otras fuentes.

4 Resultados

Sin entrar en detalles sobre las funciones de cada uno los integrantes del equipo que trabaja en el almacén, podemos detallar los siguientes puestos: a) Jefe de almacén b) Encargado de almacén c) Personal administrativo d) Celadores

Las funciones que realiza el celador en el almacén vienen recogidas en el acuerdo del Consejo de Ministros de 26 de junio de 1990, aprobado el 17 de julio de 1990, modificando así el Real Decreto-Ley 3/1987 sobre régimen retributivo del personal estatutario. Son las siguientes:

1. Recepción de mercancías, es una de las operativas más importantes del almacén, ya que es la que inicia el flujo de materiales. Mal gestionada, puede ser el punto de partida de muchos errores que luego afloran en el inventario.
2. Colocar los materiales en los lugares designados para ello dentro del almacén.
3. Identificar con etiquetas las estanterías y cajas
4. Colocación y retirada cuando proceda de las señales de stock bajo mínimo.

5. Preparación de los pedidos de los diferentes servicios.
6. Distribuir los suministros internos a las distintas plantas y servicios del hospital.
7. Participar en el recuento del material (inventario permanente)
8. Comprobar que los pedidos de los diferentes servicios o unidades del hospital están cumplimentados correctamente
9. Entregar al responsable del almacén los albaranes donde vienen especificadas las entradas diarias del material recibido
10. Vigilar las entradas y salidas del almacén, impidiendo el acceso a las personas no autorizadas
11. Cualquier otra función que el jefe de almacén considere necesaria, dentro de la categoría de celador.

Son objetivos fundamentales en el reparto de material la rapidez y la efectividad, por lo que el celador debe ser resolutivo a la vez que efectivo y seguro en su puesto de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Las tareas que se realizan en el almacén son muy diversas y para llevarlas a cabo es necesario un equipo de profesionales que deben tener bien definidas las funciones o tareas de las que cada uno es responsable.

Las funciones específicas que lleva a cabo el celador en el almacén hospitalario son muy variadas, participando directamente en prácticamente todos los procesos que se llevan a cabo en el almacén (recepción, almacenamiento, control y distribución de los pedidos).

Todo buen celador conoce sus funciones e intenta garantizar que se cumplan los objetivos marcados, entre ellos, el reparto del material, siendo eficaz y seguro en su puesto de trabajo.

6 Bibliografía

1. Celadoresonline.blogspot.com.
2. <https://revistamedica.com/funciones-celador-almacen-hospitalario/>.
3. Consejo de Ministros de 26 de junio de 1990, aprobado el 17 de julio de 1990, modificando así el Real Decreto-Ley 3/1987 sobre régimen retributivo del personal estatutario.
4. <https://www.mecalux.es/blog/recepcion-mercancias-fases>.

Capítulo 768

CÓMO CONSERVAR LOS ALIMENTOS PARA SU POSTERIOR CONSUMO POR LOS PINCHES EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

VIRTUDES HONRUBIA AROCA

JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ

FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO

FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ

MANUELA JIMENEZ GONZALEZ

1 Introducción

Se puede lograr una dieta más saludable y natural utilizando una de las muchas técnicas de conservación de alimentos que tienden a prescindir de los conservantes. Estos contaminantes pueden ser extraños a los alimentos, bacterias ambientales, mohos o levaduras, o incluso pueden estar presentes dentro de los alimentos mismos. Debemos ser conscientes de que la conservación de los alimentos previene la aparición de microorganismos que alteran el sabor, el olor y el aspecto de los alimentos. La conservación de alimentos es un conjunto de procedimientos llevados a cabo en sus diversas fases por el productor con el objetivo de asegurar la vida e higiene de los alimentos. La producción, el transporte,

la venta y el consumo al final del proceso son algunas de las diferentes etapas por las que pueden pasar los alimentos. Los productos que se echan a perder rápidamente requieren un cuidado especial. Cuando se alteran, todos los tipos pueden contaminar, ser insalubres e incluso fatales. Para evitar que se deterioren, los conservantes están presentes en todos los alimentos. Se agregan artificialmente para que duren más y estén en mejor forma. El proceso de conservación de los alimentos ha evolucionado con el tiempo. Su conocimiento será útil para mantener los estándares higiénicos de las elaboraciones fundamentales y comprender el comportamiento del género para utilizar técnicas de conservación y evitar contaminaciones perjudiciales para el usuario.

2 Objetivos

Dar a conocer cómo almacenar los alimentos y qué es lo mejor según la procedencia del género a almacenar.

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

Debemos recordar que la correcta conservación de los alimentos es fundamental porque nos ayuda a evitar enfermedades e intoxicaciones provocadas por los productos perecederos, que pueden ocurrir si no se almacenan adecuadamente. Los productos deben tener etiquetas precisas que nos informen de toda la información relacionada con el alimento, incluida la fecha, el producto específico, etc. Cómo se clasifican los alimentos en función de su vida útil:

- Alimentos perecederos: incluyen alimentos que se estropean fácilmente, como la leche, la carne, los huevos y las verduras.
- Alimentos semiperecederos: Son todos los alimentos que duran mucho tiempo antes de echarse a perder. Las patatas, los frutos secos y las latas son algunos ejemplos de ellos. Los alimentos que no son perecederos no se deterioran.

Los alimentos congelados se tratan a altas temperaturas para hacer que el agua que contienen se solidifique, lo que evita que los gérmenes crezcan y se dispersen y evita que los alimentos se echen a perder.

Refrigeración: Mantiene el producto a una temperatura que previene el crecimiento bacteriano. 2 a 5 °C en el rango de temperatura. El género solo se conserva temporalmente porque la humedad en la proliferación favorece el crecimiento de bacterias y hongos.

La esterilización es un procedimiento en el que exponemos el producto a temperaturas entre 115° y 128° durante al menos 20 minutos.

Secar, endulzar, ahumar, salar y curar son métodos para eliminar parte del agua de los alimentos.

Es un método de pasteurización muy suave (T 100° C).

Para detener la actividad enzimática de frutas y verduras, se utiliza el blanqueo antes del procesamiento. Utiliza una técnica térmica para exponer el género a una temperatura más baja durante un período de tiempo más corto.

Además, los alimentos se pueden marinar o conservar.

5 Discusión-Conclusión

Conocer estas técnicas nos permite estar seguros de que comer estos alimentos es seguro para los humanos y preparar, servir y consumir alimentos con la confianza de que no contraeremos una intoxicación alimentaria.

Debemos tener en cuenta que conservar los alimentos implica mantenerlos durante un período de tiempo más largo en condiciones que nos permitan consumir estos alimentos cuando queramos, sin poner en riesgo nuestra salud. Es posible decir que la conservación de los alimentos corresponde a un conjunto de técnicas que deberían encargarse de alargar la vida, disponibilidad y apto para el consumo humano que no puedan causar enfermedades.

6 Bibliografía

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

Capítulo 769

QUÉ ALÉRGENOS DE ORIGEN ANIMAL DEBE DE CONOCER EL PINCHE EN LA COCINA HOSPITALARIA

VIRTUDES HONRUBIA AROCA

JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ

FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO

FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ

MANUELA JIMENEZ GONZALEZ

1 Introducción

Para garantizar la seguridad alimentaria y evitar reacciones adversas a los alimentos en una cocina, la gestión de alérgenos es esencial. Conocer las diversas categorías de alérgenos y tener en cuenta los requisitos de los clientes con alergias alimentarias son habilidades esenciales para los ayudantes de cocina. Las reacciones adversas alimentarias tóxicas y no tóxicas están categorizadas por la Academia Europea de Alergología e Inmunología Clínica (EAACI). Los alérgenos que pueden provocar reacciones de hipersensibilidad alimentaria, como alergias o intolerancias, se consideran alérgenos no tóxicos. Para prevenir reacciones adversas a los alimentos en una cocina, es esencial: Reconocer los alérgenos pre-

sentes en los alimentos y el ambiente de la cocina; Seguir procedimientos estrictos de limpieza y desinfección para evitar la contaminación cruzada; Mantener separados los alimentos que contienen alérgenos y los que no los contienen; Capacitar a los miembros del personal sobre la importancia del manejo de alérgenos y cómo evitar reacciones adversas a los alimentos. Para garantizar la seguridad alimentaria y mantener una reputación estelar en la industria culinaria, la gestión de alérgenos es esencial para evitar que el enfermo llegue a contraerlas por eso la importancia de la limpieza y desinfección a la hora de haber terminado la tarea y así prevenirlas.

2 Objetivos

Educar a los pinches de cocina sobre la importancia del control adecuado de los alérgenos derivados de animales en las comidas y los menús del hospital en la cocina de pacientes enfermos del hospital.

3 Metodología

Como preparación para este trabajo se llevó a cabo una encuesta consistente en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de artículos, trabajos y publicaciones en las principales bases de datos Google y Google Academy y se seleccionaron artículos científicos de publicaciones científicas revisadas.

4 Resultados

Los alérgenos son proteínas que se encuentran en los alimentos que, aunque generalmente son seguras, pueden causar una reacción inmunitaria en el cuerpo. La mayoría son glicoproteínas y pueden soportar una variedad de condiciones, incluyendo calor, ácidos y enzimas proteasas. - Tipos de alérgenos: Según el porcentaje de personas sensibilizadas, se pueden dividir en alérgenos mayores y menores. Una alergia alimentaria ocurre cuando un alérgeno en el alimento hace que el sistema inmunitario del cuerpo reaccione de forma exagerada. - Reactividad cruzada La reactividad cruzada es la aparición de síntomas sin exposición previa al alérgeno en particular. Cuando alguien consume alimentos que contienen alérgenos similares a los que ya ha estado expuesto, se produce una reacción alérgica. - Principales alérgenos alimentarios Los alérgenos en los alimentos pueden

provenir de fuentes vegetales o animales. Los alérgenos de origen animal son lo que vamos a discutir hoy. Uno de los alimentos que más reacciones alérgicas e intolerancias provoca es la leche, especialmente en los niños pequeños. La caseína, la lactoalbúmina, la albúmina sérica y la gammaglobulina son las proteínas más frecuentes que pueden desencadenar alergias. Este tipo de alérgeno puede estar presente en alimentos como helados, margarinas, pastas, productos de panadería, salsas, embutidos y conservas. La erupción, los vómitos y la diarrea se encuentran entre los signos más típicos. 2. Uno de los alérgenos más frecuentes, el huevo puede tener un efecto adverso en la piel, el sistema digestivo y el sistema respiratorio. Alimentos como pasteles, postres, frituras, salsas y aditivos pueden contener este tipo de alérgenos. La dificultad para respirar, la rinitis, la conjuntivitis y las erupciones en la piel se encuentran entre los síntomas más típicos. 3. La piel, el sistema digestivo y el sistema respiratorio pueden reaccionar al pescado y los mariscos, que son alérgenos comunes. Las salsas, los aditivos y los productos de panadería son ejemplos de alimentos que pueden contener estos alérgenos. Los signos y síntomas más típicos son fatiga, urticaria, dificultad para respirar, dolores de cabeza, hinchazón de labios, lengua y garganta, y erupciones cutáneas. El shock anafiláctico, que puede poner en peligro la vida si no se trata, puede ser el resultado de una reacción alérgica en circunstancias extremas. En el caso de que se sospeche una reacción alérgica, es crucial buscar atención médica de inmediato. Los antihistamínicos y otros medicamentos de emergencia, como la adrenalina, se administran como parte del tratamiento para detener los síntomas y evitar complicaciones graves. Para evitar más reacciones alérgicas, es esencial reconocer y mantenerse alejado del desencadenante de la alergia.

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 de cocina. 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. 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(9):1138-50. doi: 10.1111/all.12954.
2. Cianferoni A, Spergel JM. Una visión general de la alergia alimentaria: una guía práctica para el clínico. *J Alergia Clin Immunol Pract*. 2013 Mar-Abr;1(2):119-26. doi: 10.1016/j.jaip.2012.10.005.
3. Knulst AC, Alcaraz I, Blanco C, Cardona V, Castells M, Cruz MJ, et al. Prevalencia de alergia alimentaria en Europa: una revisión sistemática y metanálisis. *Alergia*. 2015 Noviembre;70(11):1372-80. DOI: 10.1111/all.12706.

Capítulo 770

LOS PINCHES DE COCINA Y LO QUE DEBEN SABER DE LOS SISTEMAS DE PRODUCCIÓN EN LAS COCINAS SANITARIAS HOSPITALARIAS

VIRTUDES HONRUBIA AROCA

JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ

FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO

FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ

MANUELA JIMENEZ GONZALEZ

1 Introducción

Las cocinas hospitalarias se han modernizado en los últimos años hacia métodos productivos que aseguren la eficiencia en la elaboración de los menús y en el proceso de distribución de los mismos por toda la planta, así como la conservación de las cualidades organolépticas y nutricionales de los alimentos. La disposición de las cocinas hospitalarias se basa en el diseño de cocinas modulares; como resultado, están equipados con una variedad de electrodomésticos independientes, que incluyen freidoras, teteras, placas y módulos de cocina. Las cocinas se pueden ajustar de esta manera para satisfacer las necesidades de producción dictadas por la cantidad de pacientes que puede manejar el centro médico. Con este objetivo

en mente, se crea el mejor tipo de producción, eligiendo entre los modelos de línea fría y línea de producción en caliente. Dado que la línea directa es el sistema más utilizado en los hospitales, en este capítulo examinaremos sus ventajas e inconvenientes. En ambas situaciones se utilizan bandejas térmicas para la distribución dentro de la instalación. La base y la tapa perfectamente combinadas de estas bandejas garantizan que los alimentos se mantengan a una temperatura de al menos 65 °C. Además, están fabricados con una sustancia derivada del plástico que permite una limpieza eficiente en los túneles de lavado.

2 Objetivos

Introducir los sistemas de producción de línea fría y línea caliente en las cocinas de los hospitales y explicar sus ventajas y desventajas.

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 las cocinas de los centros de salud existen dos líneas de producción que los cocineros deben conocer y que privilegian un tipo de trabajo frente a otro a la hora de elaborar los menús que comen los pacientes de acuerdo con las recomendaciones de los médicos. El frío y el calor están representados por estas cadenas. Ambas líneas de producción parten de la preparación de los alimentos en una cocina tradicional o utilizando aparatos de cocción de última generación como los hornos de convección. Cuando los menús están listos, proceden de diferentes maneras. Por ejemplo, los menús de la línea de frío se cocinan y luego se enfrían con abatidores hasta alcanzar los 10° en menos de dos horas. Una vez que se han enfriado, hay dos formas de almacenarlos: refrigerarlos a 3°, donde se pueden conservar hasta por seis días, o congelarlos a -18°, donde su vida útil se prolonga significativamente. En el caso de la línea de producción en caliente, una vez elaborados los menús, se emplatán mediante un sistema de cintas transportadoras

en las que se disponen los distintos elementos del menú según las características del paciente. Con la ayuda de las bandejas térmicas, se retiene el calor en preparaciones calientes y se mantiene el frío en otras, como ensaladas o postres de frutas. Debe recordarse en esta situación que no podemos permitir que pase mucho tiempo antes de la hora del servicio. En este sentido, se desaconseja que el alimento, una vez emplatado, deba sufrir largos traslados porque hay una pérdida paulatina de temperatura y llegaría al paciente con una temperatura inferior a 65 °C. La posibilidad de repetir el trabajo a lo largo del día y planificar con antelación la preparación del menú es uno de los beneficios de la línea de producción en frío que podemos destacar. La capacidad de hacer una variedad más amplia de preparaciones aumenta por la misma razón. De forma que se facilite la realización de un control de calidad antes de servir la comida a los pacientes, además de permitir optimizar los medios técnicos y un mejor aprovechamiento de las materias primas. Si un paciente es ingresado para el almuerzo o la cena, por ejemplo, la línea directa permite solicitudes para todo tipo de alimentos y la improvisación de preparaciones para adaptarse a sus necesidades.

5 Discusión-Conclusión

Llegado el momento de su uso, se pueden utilizar diferentes tipos de regeneración en ambas situaciones mediante hornos de regenera los alimentos, hornos mixtos de convección-vapor (que permiten modular la temperatura y la humedad), carros de regeneración y hornos microondas. Aunque cada línea de producción tiene ventajas e inconvenientes, las cualidades del alimento, en concreto, sus cualidades nutricionales y organolépticas, están garantizadas en ambas situaciones. Por lo tanto, hay más diferencias organizativas entre los dos en términos de equipo y recursos técnicos todo ello puede permitir adelantar en la tarea y llegar a realizar en la cocina un buen y eficiente trabajo.

6 Bibliografía

1. <https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/>.

Capítulo 771

SOSTENIBILIDAD DE LA COCINA HOSPITALARIA Y EL PAPEL DEL PINCHE DE COCINA

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA

ANTONIA FERNANDEZ BELLON

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

VICTOR SERRANO SIMON

1 Introducción

La cocina hospitalaria es un componente vital en la atención médica, proporcionando a los pacientes y al personal médico los nutrientes necesarios para la recuperación y el bienestar. Sin embargo, esta actividad también genera una serie de impactos ambientales y económicos. La sostenibilidad en la cocina hospitalaria busca minimizar estos impactos, al tiempo que se garantiza la entrega de alimentos seguros y de alta calidad. En este contexto, el papel del personal de cocina, incluido el "pinche de cocina", es esencial para implementar prácticas sostenibles. La sostenibilidad en la cocina hospitalaria es un aspecto fundamental para garantizar la calidad de la atención médica y la eficiencia operativa en los centros de salud.

Se van a explorar aspectos como la gestión de residuos, la elección de ingredientes, la eficiencia energética y la conciencia ambiental en la preparación de alimentos. Se concluye que el personal de cocina desempeña una función esencial en la promoción de prácticas sostenibles en la cocina hospitalaria, lo que a su vez contribuye a la mejora del bienestar de los pacientes y al entorno en general de la cocina hospitalaria. Es importante, además de los aspectos anteriores, la formación y la educación del personal para cumplir las condiciones necesarias para que exista sostenibilidad.

2 Objetivos

- Analizar las diferentes cualidades y medios que tiene que tener una cocina en un hospital para garantizar una sostenibilidad adecuada.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes fuentes académicas y científicas para realizar este estudio.

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

Se han buscado términos como "sostenibilidad en cocina", "sostenibilidad en la cocina hospitalaria" y "cualidades necesarias para mantener una sostenibilidad en la cocina hospitalaria" entre otras.

4 Resultados

La sostenibilidad en la cocina es importante, ya que gracias a ella se mantiene un entorno de calidad y seguridad para proporcionar los alimentos a los pacientes ingresados y a los trabajadores del centro.

Para que se cumpla una determinada sostenibilidad es necesario una serie de pautas:

1. Gestión de residuos:

El manejo adecuado de los residuos generados en la cocina hospitalaria es crucial para reducir la huella ambiental. El personal de cocina, al separar y clasificar los residuos de manera adecuada, puede contribuir a la reducción de residuos

enviados a vertederos y promover la reciclabilidad de materiales como cartón, vidrio y plástico.

2. Elección de los ingredientes:

El pinche de cocina, como parte integral del equipo de cocina, tiene la oportunidad de influir en la elección de ingredientes utilizados en las preparaciones. Al priorizar alimentos locales, de temporada y de origen sostenible, se reduce la huella de carbono asociada al transporte de alimentos y se fomenta la producción agrícola responsable.

3. Eficiencia energética:

La cocina hospitalaria consume una cantidad significativa de energía para la cocción, refrigeración y otros procesos. El personal de cocina puede contribuir a la eficiencia energética al utilizar equipos energéticamente eficientes, apagar equipos no utilizados y adoptar prácticas de cocción que minimicen el consumo de energía.

4. Conciencia ambiental:

La conciencia ambiental del personal de cocina es esencial para promover la sostenibilidad en la cocina hospitalaria. Al entender los impactos de las prácticas culinarias en el medio ambiente, el "pinche de cocina" puede tomar decisiones informadas para reducir el desperdicio de alimentos, optimizar las porciones y evitar el uso excesivo de agua y recursos.

5. Beneficios para la salud de los pacientes:

La sostenibilidad en la cocina hospitalaria no solo beneficia al medio ambiente y la economía, sino que también tiene un impacto positivo en la salud de los pacientes. Al servir alimentos frescos, nutritivos y bien preparados, se promueve la recuperación y el bienestar de los pacientes, lo que puede acelerar la estancia en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

El pinche de cocina y el personal culinario en la cocina hospitalaria desempeñan un papel fundamental en la promoción de prácticas sostenibles.

Desde la gestión de residuos hasta la elección de ingredientes y la conciencia ambiental, sus acciones pueden influir positivamente en la sostenibilidad global de la cocina hospitalaria.

Mediante la implementación de prácticas sostenibles, se puede garantizar la atención médica de calidad mientras se reduce el impacto ambiental y se promueve un enfoque más responsable hacia la alimentación y la salud.

Es importante cumplir las pautas anteriormente descritas para que se cumpla una determinada sostenibilidad en el entorno de trabajo.

6 Bibliografía

1. <https://telosirvoverde.com/blog/sostenibilidad-las-cocinas-hospitalarias/>.
2. <https://valenciaplaza.com/solucionesinnovadorasparahacermasatractivaysosteniblelaalimen>
3. <https://mejorconsalud.as.com/pautas-sostenibles-cocina/>
<https://www.uniuso.com/blog/cocina-hospitalaria-normas-higiene-proteccion/>.

Capítulo 772

LA GESTIÓN DE INCIDENCIAS DE MANTENIMIENTO POR PARTE DEL MECANICO DE UN CENTRO HOSPITALARIO

OSCAR CASTILLO ESPADAS

ANGEL CLEMENTE GONZÁLEZ RECIO

JOSE DANIEL SUSIN MONTERO

MARIO MARTÍNEZ LEÓN

JUSTINIANO RODRIGO NARANJO

1 Introducción

La mejora de la seguridad del paciente se ha convertido en un eje central de los sistemas sanitarios llevando a diferentes organismos a elaborar estrategias. El Ministerio de Sanidad impulsa la estrategia 2015-2020 como continuidad al plan iniciado en el año 2005 para reflexionar y tomar decisiones en cuanto a la seguridad del paciente. La seguridad del paciente se ha convertido a lo largo de los años en una prioridad de cada uno de los sistemas sanitarios, por constituir un entramado de factores que interactúan provocando posibles daños al paciente. Tanto a nivel nacional como internacional se vienen elaborando estudios que permitan mejorar los servicios y cuidados en la línea de establecer una cultura de seguridad

dirigida a proteger la calidad que se desea dispensar a los usuarios de los sistemas sanitarios. El mantenimiento mecánico en un hospital es donde realizan el mantenimiento de las máquinas y sistemas mecánicos, realizando tareas de ajuste, instalación, revisión, ajuste y reparación dentro del centro hospitalario. El mantenimiento de las instalaciones industriales está asociado a un mal necesario que difícilmente es reconocido por la alta dirección empresarial, por supuesto sólo considerado como un centro de costos. Un adecuado mantenimiento permite la modernización, especialización y rentabilidad de los servicios existentes.

2 Objetivos

Explicar con ejemplos cómo podría ser la comunicación y reparación de una posible incidencia dentro del hospital o centro sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva realizando revisión bibliográfica sistemática en la literatura científica existente. También se ha hecho una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas e información de guías actualizadas.

4 Resultados

Dadas las grandes dimensiones y los muchos tipos de instalaciones distintas dentro de un hospital o centro sanitario debemos tener implementado un sistema de gestión de reparaciones e incidencias en el que debe primar una comunicación rápida y fluida entre departamentos. En este plan entran prácticamente todos los departamentos (consultas externas, oficinas, quirófanos, plantas de hospitalización, cocina, urgencias, etc.)

Las nuevas tecnologías pueden ayudarnos a que esta comunicación se agilice enormemente, ya que antes se solían utilizar los PARTES de incidencia o reparación que se tenían que hacer llegar físicamente al departamento adecuado para realizar la reparación con el consiguiente retraso y probabilidad de que se pudiera traspapelar.

A día de hoy sigue denominándose parte, aunque ahora normalmente es en versión digital, y sigue enviándose al departamento de mantenimiento pero ahora a través de la intranet del hospital mediante alguna aplicación destinada a tal fin. Vamos a poner un ejemplo de una reparación básica, un lavabo atascado en una habitación de hospitalización, nadie se va a morir por ello, pero requiere un plus de rapidez para solucionarlo, ya que es muy necesario para el bienestar del paciente o pacientes. El servicio de enfermería descubre el atasco a primera hora de la mañana y se lo comunica a la supervisora de la planta en cuestión, está a través del ordenador enviaría una notificación al departamento de mantenimiento indicando algunos datos básicos como ubicación, teléfono de contacto y una descripción de la incidencia si fuera posible. En caso de emergencia o apremio también se puede acompañar de una llamada telefónica para hablar directamente con el personal, en este caso, fontaneros.

Cuando el parte es recibido por el departamento de mantenimiento será asignado a uno o varios técnicos la tarea de la reparación que tendrá que desplazarse a la planta en cuestión a realizar el desatasco. Una vez solucionado, y si no necesita ningún cambio de piezas o materiales se dará aviso al personal de enfermería para que tengan constancia de que el problema queda solucionado y retomen el servicio de manera normal. El personal, de alguna manera deberá "cerrar" la incidencia o parte para que sus superiores tengan constancia de que el tema está solucionado y pueden pasar al siguiente parte.

Esto es un ejemplo de reparación básica, rápida (normalmente) y muy recurrente, pero lógicamente no es siempre así. Habrá otras que necesitaran mas tiempo (instalación de un desagüe), otras necesitarán desplazar el elemento a reparar a los talleres (soldar la bisagra de una puerta), otras cerrar o desplazar algún departamento a otra instalación temporalmente (repintado de paredes y techos) y así un largo etcétera, cada reparación es distinta a la anterior.

5 Discusión-Conclusión

Hay una serie de factores que pueden contribuir a que una caldera esté funcionando al 64 % de su capacidad total y, aunque puede estar funcionando a una capacidad menor, el factor principal detrás de estos factores puede ser que la caldera no se esté gestionando correctamente. Asistente de Planes de Mantenimiento de Calderas.

Debe existir un plan de mantenimiento y este será el más importante, ya que garantizará que la caldera pueda funcionar durante mucho tiempo sin dañar sus componentes, aunque es conveniente mencionarlo cuando se habla de equipos

mecánicos, que son otros. problemas. relacionados con el medio ambiente Condiciones relevantes que pueden causar daños a la caldera, como suciedad, exceso de polvo o humedad en el ambiente.

6 Bibliografía

- 1- Ocronos.
- 2- Revista médica.
- 3- Sanidad. CCOO.

Capítulo 773

EL PERSONAL MECÁNICO Y EL TIPO DE REVISIONES QUE REALIZA DENTRO DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ANGEL CLEMENTE GONZÁLEZ RECIO

OSCAR CASTILLO ESPADAS

JOSE DANIEL SUSIN MONTERO

MARIO MARTÍNEZ LEÓN

JUSTINIANO RODRIGO NARANJO

1 Introducción

La mejora de la seguridad del paciente se ha convertido en un eje central de los sistemas sanitarios, llevando a diferentes organismos a elaborar estrategias.

El Ministerio de Sanidad impulsa la estrategia 2015-2020 como continuidad al plan iniciado en el año 2005 para reflexionar y tomar decisiones en cuanto a la seguridad del paciente.

La seguridad del paciente se ha convertido a lo largo de los años en una prioridad de cada uno de los sistemas sanitarios, por constituir un entramado de factores que interactúan provocando posibles daños al paciente. Tanto a nivel nacional como internacional se vienen elaborando estudios que permitan mejorar los servicios y cuidados en la línea de establecer una cultura de seguridad dirigida a

proteger la calidad que se desea dispensar a los usuarios de los sistemas sanitarios.

El mantenimiento mecánico en un hospital es donde realizan el mantenimiento de las máquinas y sistemas mecánicos, realizando tareas de ajuste, instalación, revisión, ajuste y reparación dentro del centro hospitalario. El mantenimiento de las instalaciones industriales está asociado a un mal necesario que difícilmente es reconocido por la alta dirección empresarial, por supuesto solo considerado como un centro de costos. Un adecuado mantenimiento permite la modernización, especialización y rentabilidad de los servicios existentes.

2 Objetivos

- Dar a conocer e indicar las labores y tipos de revisiones que realiza el mecánico sanitario en el servicio de mantenimiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva realizando revisión bibliográfica sistemática en la literatura científica existente.

Así mismo, se ha hecho una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas e información de guías actualizadas.

4 Resultados

Las revisiones o programas de mantenimiento que se suelen realizar, son llevadas a cabo en el turno de noche, normalmente, para evitar distracciones y molestias de ruidos y ajetreo al personal sanitario. Para estas labores en el despacho o sala del mecánico sanitario se disponen de hojas en las que se especifican las tareas a realizar junto con recuadros en blanco para rellenar las diferentes cantidades o escribir en las observaciones los fallos y las labores que se han realizado.

Entre las revisiones que más se suelen revisar el personal de mantenimiento mecánico son:

- Revisión de los cuadros de gases en los distintos quirófanos y testigos de funcionamiento, en ellos se muestran las diferentes lecturas de los manómetros de

gases que se encuentran en las unidades quirúrgicas tales como; protóxido de nitrógeno, oxígeno, dióxido de carbono, nitrógeno, aire medicinal y vacío. Así, como las cantidades que han de llegar al servicio.

- Revisión de puertas automáticas y pulsadores.
- Revisión de mobiliario en general (mesas de operaciones, sillas, estanterías, equipos de gases, iluminación, etc.).
- Comprobaciones de anomalías o de aparatos encendidos dentro del quirófano.
- Y revisión de pasillos y zonas comunes.
- Revisión de cocina, donde encontramos marmitas, sartenes basculantes, lavaplatos, hornos, fogones, etc.
- Revisión de cámaras frigoríficas, de conservación (fruta, verdura, carnes y pescados) y congelación (banco de sangre).
- Revisión de equipos frigoríficos utilizados para conservación de muestras de laboratorio, etc.
- Revisión de equipos de acondicionamiento de aire en estancias cuando el fluido caloportador es un gas refrigerante.
- Revisión del servicio de lavandería, del ámbito hospitalario, donde engloba los siguientes equipos: calderas, equipos de presión y descalcificación, compresores neumáticos, lavadoras, secadoras, túnel de lavado, introductores, calandras, ple-gadores y túnel de planchado. Así como las instalaciones que acometen a dicha maquinaria.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo para este trabajo, se constata que el mecánico sanitario debe verificar de forma periódica un mantenimiento para un correcto funcionamiento de todas las instalaciones de un complejo hospitalario.

Una buena revisión y comunicación detallada en los informes aportados por parte del Servicio de Mantenimiento Mecánico Sanitario al jefe de mantenimiento de los problemas o incidencias que hayan podido surgir. Así como, una zona de registro donde almacenar estos informes hace que el mantenimiento cumpla su función más importante, el mantenimiento de la infraestructura en el futuro.

El personal de mantenimiento mecánico en los centros hospitalarios, con el paso del tiempo, ha ido disminuyendo, pero las labores de supervisión y mantenimiento han ido en aumento debido a que las instalaciones han ido envejeciendo. Por ello, se resalta la necesidad de realizar un mantenimiento diario, preventivo y correctivo.

6 Bibliografía

1. Ocronos.
2. Revista médica.
3. Sanidad. CCOO.

Capítulo 774

EL PERSONAL MECÁNICO Y EL EMPLEO DE ESCALERAS DE MANO EN UN CENTRO HOSPITALARIO

JUSTINIANO RODRIGO NARANJO

OSCAR CASTILLO ESPADAS

ANGEL CLEMENTE GONZÁLEZ RECIO

JOSE DANIEL SUSIN MONTERO

MARIO MARTÍNEZ LEÓN

1 Introducción

La mejora de la seguridad del paciente se ha convertido en un eje central de los sistemas sanitarios llevando a diferentes organismos a elaborar estrategias. El Ministerio de Sanidad impulsa la estrategia 2015-2020 como continuidad al plan iniciado en el año 2005 para reflexionar y tomar decisiones en cuanto a la seguridad del paciente. La seguridad del paciente se ha convertido a lo largo de los años en una prioridad de cada uno de los sistemas sanitarios, por constituir un entramado de factores que interactúan provocando posibles daños al paciente. Tanto a nivel nacional como internacional se vienen elaborando estudios que permitan mejorar los servicios y cuidados en la línea de establecer una cultura de seguridad dirigida a proteger la calidad que se desea dispensar a los usuarios de los sistemas

sanitarios. El mantenimiento mecánico en un hospital es donde realizan el mantenimiento de las máquinas y sistemas mecánicos, realizando tareas de ajuste, instalación, revisión, ajuste y reparación dentro del centro hospitalario. El mantenimiento de las instalaciones industriales está asociado a un mal necesario que difícilmente es reconocido por la alta dirección empresarial, por supuesto sólo considerado como un centro de costos. Un adecuado mantenimiento permite la modernización, especialización y rentabilidad de los servicios existentes.

2 Objetivos

Conocer cuáles son los riesgos que entraña el uso de las escaleras de mano y las medidas preventivas a adoptar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva realizando revisión bibliográfica sistemática en la literatura científica existente. También se ha hecho una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas e información de guías actualizadas.

4 Resultados

Almacenaje, limpieza, mantenimiento. Para realizar estas actividades es necesario el uso de escaleras de mano. En concreto, nos vamos a centrar en las labores de mantenimiento, ya que tanto electricistas, mecánicos, albañiles, fontaneros. A la hora de realizar obras o reparaciones, es muy probable que deban hacer uso de estos equipos de trabajo que, siendo su uso tan común incluso en los hogares, suponen un riesgo si no se tienen en consideración determinadas medidas preventivas que pueden tener consecuencias graves tanto para quien las usa como para quien pase cerca en ese momento.

Riesgos:

- Caída de altura: puede producirse por diversos motivos entre ellos están el deslizamiento lateral de la parte superior de la escalera debido a un apoyo inestable, una mala colocación de la escalera, el viento, un desplazamiento lateral

del usuario, etc.; deslizamiento del pie de la escalera por la falta de zapatas antideslizantes, suelo inestable o en cuesta, escasa inclinación en la colocación de la escalera, etc.; inestabilidad al subir cargas o al moverse lateralmente para efectuar un trabajo; desequilibrio al resbalar en los peldaños por el uso de un calzado poco apropiado y que el peldaño esté sucio; gesto violento del usuario por un objeto difícil de subir, una descarga eléctrica, intentar recoger un objeto que va a caer, etc.; basculamiento hacia atrás de la escalera al ser demasiado corta para la altura a la que se desea trabajar o por estar colocada muy verticalmente sin respetar el ángulo adecuado de colocación; subir o bajar de espaldas a la escalera; y por errónea colocación de cuerpo, pies o manos.

- Atrapamientos: pueden producirse al desencajarse las bisagras de la ensambladura de las cabezas de las escaleras de tipo tijera o transformable, a la hora de abrir una escalera extensible o al romperse la cuerda de dicha escalera al estar mal atada durante el desplegado y el plegado.

- Caída de objetos sobre otras personas: para la realización de determinados trabajos es necesario el uso de herramientas o materiales que pueden caer desde la escalera sobre el personal que esté ayudando, así como al resto de personas que puedan pasar por debajo o cerca de la escalera.

- Contactos eléctricos directos o indirectos: por el uso de escaleras metálicas para realizar trabajos de electricidad o cercanos a instalaciones eléctricas.

- Accidentes varios: los operarios pueden sufrir desmayos, mareos, al subirse a las alturas.

Medidas preventivas:

- Antes de iniciar cualquier trabajo, es necesario comprobar el estado de los peldaños, largueros, zapatas y en caso de detectar algún desperfecto que pueda ocasionar algún problema de seguridad, no debe ser utilizada y se comunicará la incidencia para que sea reparada o sustituida.

- Previo a su utilización, deberá asegurarse su estabilidad de forma que la base quede debidamente asentada. En caso de disponer de ruedas, se deberá asegurar su inmovilización.

- Hay que asegurarse de que la suela de los zapatos y los peldaños estén secos y limpios de sustancias deslizantes.

- Se debe evitar situar la escalera en una zona de paso o frente a una puerta, salvo que fuese imprescindible, en cuyo caso se debería bloquear la puerta y señalizar la zona.

- La bandeja superior de la escalera no debe ser utilizada como si fuese un peldaño más. Su función es servir de apoyo para depositar objetos manipulados y para aportar un punto de agarre en caso de perder el equilibrio.

- Las escaleras de mano nunca deben ser pintadas, ya que se podrían tapar defectos que deben ser tenidos en cuenta. Solamente está permitido el uso de barnices transparentes.
- Para ascender o descender de la escalera, así como para realizar el trabajo, se estará frente a la escalera y nunca de espaldas. Además, durante el ascenso y descenso se mantendrán en todo momento tres puntos de contacto con la escalera.
- Nunca se deben emplear para transportar o manipular cargas que por su peso y tamaño puedan poner en peligro la seguridad del trabajador.
- No pueden ser empleadas a modo de caballete para sostener otras plataformas de trabajo

5 Discusión-Conclusión

La utilización de una escalera de mano deberá limitarse a las circunstancias en que la utilización de otros equipos de trabajo más seguros, como por ejemplo las plataformas elevadoras móviles de personas o los andamios, no esté justificada por el bajo nivel de riesgo en relación con la frecuencia, altura y duración de los trabajos a desarrollar y por las características del lugar donde vayan a ser llevados a cabo. Cuando se determine que es necesario su uso, se deberán tener en cuenta las medidas preventivas citadas anteriormente, así como las especificaciones de cada fabricante.

Para reducir este tipo de riesgo es necesario formar a los trabajadores sobre un uso correcto y adecuado de las escaleras de mano para evitar posibles accidentes que puedan tener consecuencias graves tanto para ellos como para compañeros y usuarios del hospital.

6 Bibliografía

- 1- Ocronos.
- 2- Revista médica.
- 3- Sanidad. CCOO.

Capítulo 775

EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIA Y SUS FUNCIONES

ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA

MARÍA ENCARNACIÓN PEREZ-OLIVARES MORALEDA

ALVARO MORA GARCIA

VANESA REY GARCÍA

PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS

1 Introducción

La función del celador en la sala de autopsia desempeña un papel esencial en el adecuado funcionamiento de este entorno médico crucial. La sala de autopsias es un espacio donde se llevan a cabo exámenes post mortem con el objetivo de obtener información precisa sobre las causas de la muerte y las patologías subyacentes. En este contexto, el celador juega un rol multifacético que va más allá de la simple gestión logística.

La labor del celador abarca desde el mantenimiento del orden y la limpieza en la sala, asegurando condiciones de higiene óptimas para preservar la integridad de los cadáveres y prevenir la propagación de enfermedades. Además, es responsable de preparar los equipos, instrumentos y materiales necesarios para cada autopsia, contribuyendo así a la eficiencia y fluidez de los procedimientos.

El celador también desempeña una función crucial en la gestión del flujo de trabajo en la sala de autopsias, coordinando la entrada y salida de los cuerpos, facilitando la identificación precisa de los cadáveres y asegurando que los protocolos se sigan rigurosamente. Esta labor requiere sensibilidad y respeto hacia los fallecidos y sus familias, demostrando empatía en momentos de dolor.

En resumen, la función del celador en la sala de autopsias va más allá de lo meramente logístico, involucrándose en aspectos fundamentales para garantizar la integridad del proceso de autopsia. Su labor contribuye a mantener altos estándares de calidad en la investigación médica post mortem, respetando tanto el valor científico como humano de estos procedimientos.

2 Objetivos

- Exponer las funciones básicas del celador en la sala de autopsias.
- Reconocer la importancia de las funciones que realiza el celador en este servicio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos, seleccionando artículos científicos relacionados con el tema. Las palabras utilizadas en la búsqueda han sido celador, sala de autopsias y funciones.

4 Resultados

El papel del celador en la sala de autopsia es de suma importancia para garantizar un ambiente ordenado, seguro y respetuoso durante los procedimientos post-mortem. Aunque su rol no está directamente relacionado con la práctica médica forense, desempeña una función crucial en el funcionamiento eficiente y ético de esta área tan delicada de la medicina.

El celador en la sala de autopsia tiene múltiples responsabilidades que contribuyen a mantener un entorno adecuado. En primer lugar, se encarga de preparar el espacio antes de la autopsia, asegurándose de que todos los instrumentos y materiales necesarios estén en su lugar y en óptimas condiciones. Además,

colabora con el traslado y recepción de los cadáveres, garantizando que se realice de manera respetuosa y digna.

Durante el proceso de autopsia, el celador es responsable de proporcionar apoyo logístico. Esto incluye ayudar al personal médico forense al entregarles los instrumentos necesarios en el momento adecuado y asegurarse de que el flujo de trabajo no se vea interrumpido. Mantener el orden y la higiene en la sala es esencial para prevenir la contaminación cruzada y garantizar resultados precisos.

El celador también juega un rol vital en la gestión de desechos biológicos y materiales utilizados durante la autopsia. Debe asegurarse de que estos materiales sean manipulados y dispuestos de acuerdo con los estándares de seguridad y regulaciones establecidas para evitar riesgos ambientales y de salud.

En términos de seguridad, el celador es responsable de garantizar que todos los procedimientos se realicen dentro de los protocolos establecidos. Esto incluye asegurarse de que el personal involucrado utilice el equipo de protección personal adecuado y seguir las pautas de manejo seguro de cadáveres, evitando la propagación de enfermedades infecciosas.

En resumen, la función del celador en la sala de autopsia es esencial para mantener un ambiente de trabajo ordenado, seguro y respetuoso. Aunque su labor no está directamente relacionada con el análisis forense, su contribución es vital para que los procedimientos se desarrollen sin contratiempos y con el nivel de profesionalismo y ética requeridos en el campo de la medicina forense.

La sala de autopsias es un lugar crucial dentro de cualquier institución médica, ya que desempeña un papel esencial en la investigación y el diagnóstico de las causas de muerte. En este contexto, el papel del celador en la sala de autopsias adquiere una importancia significativa en términos de asegurar un funcionamiento fluido y eficiente de las actividades que allí se llevan a cabo. En este artículo, discutiremos detalladamente las funciones del celador en la sala de autopsias y su impacto en el proceso general. Además, presentaremos conclusiones sobre la relevancia de su trabajo.

El celador en la sala de autopsias es un profesional que desempeña un papel de apoyo esencial para garantizar que las operaciones se realicen de manera adecuada y sin interrupciones. Sus responsabilidades abarcan diversas áreas, incluyendo:

1°. Preparación del entorno: El celador se encarga de preparar el entorno de la sala

de autopsias antes de la realización de cualquier procedimiento. Esto incluye la limpieza y desinfección de superficies, la disposición adecuada de instrumentos y materiales, y la garantía de que todos los equipos necesarios estén en condiciones óptimas.

2°. Recepción y traslado de cadáveres: El celador es responsable de recibir los cadáveres en la sala de autopsias y de trasladarlos con respeto y dignidad. Esta función requiere sensibilidad y profesionalismo, ya que implica tratar con los familiares del fallecido y asegurarse de que se cumplan todos los protocolos establecidos.

3°. Asistencia durante la autopsia: Durante la autopsia, el celador brinda apoyo al personal médico forense al proporcionar los instrumentos y materiales necesarios en el momento adecuado. También puede ayudar en la manipulación del cuerpo, la toma de muestras y la documentación precisa de los procedimientos realizados.

4°. Mantenimiento del orden: El celador juega un papel importante en el mantenimiento del orden y la seguridad en la sala de autopsias. Asegura que solo el personal autorizado tenga acceso a la sala y que se cumplan las normas de higiene y seguridad en todo momento.

5°. Limpieza posterior: Después de cada autopsia, el celador se encarga de limpiar y desinfectar minuciosamente la sala, los equipos y los instrumentos utilizados. Esto es esencial para prevenir la propagación de enfermedades y mantener un ambiente adecuado para futuros procedimientos.

5 Discusión-Conclusión

La función del celador en la sala de autopsias es de vital importancia, ya que su trabajo contribuye directamente a la eficiencia y efectividad de los procedimientos realizados en este entorno. Su presencia y apoyo permiten que el personal médico forense se concentre en el análisis y la investigación de las causas de muerte, sin tener que preocuparse por las tareas logísticas y de organización.

El celador también desempeña un papel crucial en la gestión de la sensibilidad emocional de las situaciones que se presentan en la sala de autopsias. Al interactuar con los familiares del fallecido, el celador debe demostrar compasión y empatía, brindando un ambiente de respeto y dignidad en medio del dolor.

En conclusión, la función del celador en la sala de autopsias es multifacética y esencial para el buen funcionamiento de esta área médica. Su contribución en la preparación, asistencia durante los procedimientos y el mantenimiento del entorno seguro y ordenado garantiza que los médicos forenses puedan llevar a cabo su trabajo de manera efectiva. La dedicación y profesionalismo del celador impactan directamente en la calidad de los resultados y en la experiencia de los familiares, al proporcionar un apoyo tanto logístico como emocional.

En última instancia, el celador en la sala de autopsias merece reconocimiento por su labor en un entorno desafiante. Su participación silenciosa pero esencial es un testimonio de su compromiso con la prestación de servicios de salud de calidad y su contribución a la sociedad en general.

6 Bibliografía

- 1.- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/papel-del-celador-en-una-sala-de-autopsias/#::text=El%20celador%20en%20la%20sala,que%20se%20llevar%20a%20cabo.>
- 2.- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/funciones-del-celador-en-la-sala-de-autopsias/>

Capítulo 776

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: USO INDEBIDO DE CREDENCIALES Y RESPONSABILIDAD

ANA ISABEL LORENZO GARCÍA

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ

1 Introducción

Cuando se habla de trabajadores en centros sanitarios y de utilización de datos, todos pensamos en médicos, enfermeros/as, etc., pero la categoría profesional de Auxiliar Administrativo que realiza su labor aquí, es la que tiene a su alcance el mayor número de información, tanto personal como sanitaria de todos los pacientes o usuarios de sanidad.

Esos datos tienen que ser tratados con total confidencialidad y respeto, ateniéndose a unas normas, ordenaciones y leyes, que aunque se desconozcan, son de obligado cumplimiento.

El acceso a estos datos, se facilita mediante las credenciales de usuario y contraseña para entrar a las aplicaciones que cada gerencia utiliza para el tratamiento de la información.

Estas credenciales son nominativas y secretas y sólo puede utilizarlas el propio trabajador, cerrando la sesión del programa que utiliza, cada vez que se ausenta o cuando termina su labor diaria.

El empleado debe ser consciente de que si por olvido deja su sesión abierta, todo el que utilice después el equipo informático, puede actuar bajo su identificación, siendo responsabilidad suya todo aquello que se realice bajo sus credenciales.

En caso de que el trabajador llegue y se encuentre con las credenciales de otra persona, debe cerrar sesión e iniciarla de nuevo con las propias.

2 Objetivos

Explicar la importancia del uso correcto de las credenciales nominativas para acceder a los datos de los usuarios o 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 muchas ocasiones, el auxiliar administrativo, al ausentarse o al terminar su jornada laboral, se olvida de cerrar la sesión.

En otras, al no dársele las credenciales necesarias para trabajar, por parte del servicio de Informática, algún compañero cae en el error, siempre sin mala fe y con confianza, de prestarle su usuario y contraseña para poder realizar su labor. Esto puede parecer algo sin importancia, pero todo lo que se realice bajo unas credenciales, es responsabilidad del dueño de las mismas.

El trabajador que maneja datos en el sistema sanitario, debe ser conocedor de (cito) la "Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales" y de la "Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el

que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud". Pero si el trabajador ha cedido, tanto de forma voluntaria como involuntaria o por olvido, el acceso, la manipulación, la extracción o cualquier otra actuación en los datos, al no cerrar la sesión o compartir contraseñas, será responsable civil de los daños y perjuicios que se le ocasionen al usuario o paciente.

En el ámbito penal, en caso de vulneración de los datos personales o sanitarios, la pena puede estar entre los veinticuatro meses y cuatro años de prisión y la prohibición de realizar su profesión en un plazo máximo de 12 años.

En resumen, si por olvido o por ayudar a un compañero se cede el usuario y contraseña, todo lo que ocurra con los datos que se manipulen serán de responsabilidad legal suya.

5 Discusión-Conclusión

Es un error bastante común el olvidarse de cerrar la sesión en los programas o aplicaciones con las que se trabaja en un centro hospitalario.

También puede ocurrir que por ayudar a un compañero al que no se le han asignado usuario y contraseña, se le presten las propias.

Pero nunca se debe olvidar que todo lo que ocurra bajo unas credenciales, es responsabilidad del dueño de las mismas y que el mal uso de los datos o el trato de estos de forma incorrecta, conllevará sanciones y penas, descritas en las leyes y órdenes arriba indicadas, incluso con penas de cárcel.

6 Bibliografía

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2017-1200

"Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud".

«BOE» núm. 31, de 6 de febrero de 2017, páginas 8277 a 8289 (13 págs.) <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>

"Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales".

«BOE» núm. 294, de 06/12/2018. <https://www.prodat.es/blog/contrasenas-comprometidas-falta-de-negligencia-en-su-custodia-quien-debe-responder/>

”Contraseñas comprometidas: falta de negligencia en su custodia ¿Quién debe responder?”

02/02/2023

Capítulo 777

EL CEADOR EN ASEPSIA Y ESTERILIZACIÓN

ISABEL MARIA GROMADA

MARIA JOSE GARCIA ATIENZA

JAVIER CRUZ SANTIAGO

JUANI NAHARRO MILLA

ALEJANDRO LÓPEZ JARA

1 Introducción

Comenzaremos el capítulo explicando el significado de las palabras asepsia y esterilización en la rama sanitaria:

Esterilización es un conjunto de procedimientos y técnicas para destruir por completo cualquier bacteria u hongo, es decir, destruir cualquier microorganismo, incluidas sus formas de resistencia. Y la Asepsia es la ausencia de microbios en la superficie a tratar o en el organismo.

El proceso de esterilización se realiza por norma general en las centrales de esterilización de un hospital. Todas las fases de esterilización están concentradas en una unidad para así poder garantizar que el producto está estéril, según la normativa nacional e internacional.

El problema de las infecciones nosocomiales es muy frecuente hoy en día, ya que hay un gran gasto económico y además un perjuicio para el paciente y personal sanitario, en general para el ser humano.

División de las áreas que podemos encontrar en una central de esterilización:

- 1- Zona de recepción y clasificación del material para esterilizar.
- 2- Zona de esterilizaciones.
- 3- Zona de descarga, almacenamiento y entrega del material estéril.
- 4- Zona de preparación y empaquetado.

El celador en esta área no tiene una vinculación directa pero como consecuencia de las funciones que tiene establecidas puede ser requerido para ayudar.

Indicamos las tareas del celador en esta área:

El celador procederá a la recogida del material por ventanilla, consultas, planta, ascensores de quirófano....

El celador transporta el material estéril.

El celador descarga los elevadores de sucio para proceder a su esterilización.

El celador lleva los pedidos de ropa, todo lo debe entregar con el vale o autorización del supervisor/a.

2 Objetivos

Estudiar las funciones del celador frente a la asepsia y esterilización.

Establecer los procedimientos de esterilización que son físicos y químicos.

Saber cuáles son las áreas de desinfección y esterilización.

Explicar cómo enfrentarnos a las infecciones nosocomiales.

3 Metodología

Para poder realizar este trabajo hemos procedido a una revisión de toda la bibliografía, tanto de internet como de apuntes, libros sanitarios etc., la revisión de toda la información ha sido bastante exhaustiva y hemos utilizado palabras como químico, físico, asepsia, ya analizada la información hemos escogido la que más se ha adaptado al este capítulo.

4 Resultados

En primer momento se procederá a limpiar todo el material antes de desinfectar y esterilizar, que debe de ir posteriormente a los procesos de esterilización, desinfección y asepsia.

También resaltar la importancia de la retirada de la suciedad y de microorganismos en el material que utilicemos, y que si el material a utilizar es metálico no se debe dejar demasiado tiempo en agua para evitar su posible oxidación.

La limpieza se puede realizar de forma automática o manual, donde la manual que se realiza con las manos debemos ponernos guantes y utilizaremos cepillos o también con estropajos y agua, ya que esto arranca más la suciedad, se aclarará varias veces debajo del grifo con agua normal y el último aclarado se hará con agua destilada para así proceder a su mejor limpieza.

La limpieza automática se realiza con máquinas por lo tanto es más rápida ya que se hacen en máquinas como puede ser una lavadora en la que se le añade el detergente y lava ella sola sin necesidad de mojarnos las manos.

Para desinfectar se utilizan antisépticos que junto a la desinfección destruiremos todo microbio del organismo y de la base a tratar.

La esterilización tiene unos procedimientos que son físico y químico.

Físico: se efectúan por medio de calor húmedo (calor bajo presión), radiación no ionizante (microondas) y calor seco (aire caliente), extinguiendo todos los microbios e inclusive las esporas, el procedimiento más utilizado es el vapor a presión, más conocido como autoclave.

Químico: se efectúa con productos para destruir las bacterias inclusive en forma de espora formando parte del metabolismo y así bajando el nivel proteico y la reproducción de las bacterias.

Tenemos el óxido de etileno gaseoso, formaldehído gaseoso, peróxido de hidrógeno plasmático, solución activa de glutaraldehído y solución de ácido paracético.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los procesos infecciosos se debe al defecto en el lavado o en el proceso de esterilización o desinfección. Es fundamental, tener un conocimiento exhaustivo del el proceso de desinfección, esterilización y limpieza, ya que no existe un ambiente ni medio que sea ideal.

El medio ideal debe de cumplir unas características:

El medio debe de ser firme para la desinfección y esterilización

Inocuo para la salud.

Que se pueda manipular con facilidad.

Que se realice en poco tiempo.

Que destruya las máximas bacterias y microbios.

Que se penetren con facilidad en el instrumental.

Que sea efectivo y rápido.

Elevado rendimiento y un coste mínimo.

Por otra parte el personal que trabaja en esta área debe de conocer todos los procedimientos de limpieza y desinfección que es un protocolo específico para cada utensilio y equipo, y unos documentos donde quedan registradas las tareas de desinfección.

Una parte del personal es el celador desde nuestro punto de vista es un eslabón de esta cadena de personal y realiza unas funciones específicas.

6 Bibliografía

Cgtsanidadlpa. org.

Isapedia.com.

Carpetavistual.sanidadmadrid.org.

Revista-portalesmedicos.com.

Apoyo psicológico del celador. Juan Tomás Giménez casas.

Capítulo 778

LA FARMACIA HOSPITALARIA Y EL CELADOR

ISABEL MARIA GROMADA

ALEJANDRO LÓPEZ JARA

JAVIER CRUZ SANTIAGO

MARIA JOSE GARCIA ATIENZA

JUANI NAHARRO MILLA

1 Introducción

Comenzaremos este tema definiendo lo que es una farmacia Hospitalaria.

Farmacia Hospitalaria es el servicio de atención médica y campo especializado que depende la dirección médica del hospital, es decir toda la medicación que necesitamos cuando estamos en la unidad de hospitalización y se le suministra al paciente se abastece desde la farmacia del hospital.

También encontramos la farmacia ligera que es la cantidad diaria de medicamentos que se le administra al paciente y también llamado unidosis esto quiere decir que es la dispensación del producto de farmacia individualizado para cada enfermo.

El titular y por ello el responsable de la farmacia hospitalaria será un farmacéutico especialista en farmacia Hospitalaria.

El organismo competente para valorar la idoneidad sanitaria de medicamentos y demás productos sanitarios es la Administración de Sanidad del Estado y corresponde al ministerio de Sanidad la evaluación, autorización, riesgo, vigilancia y control de los medicamentos.

El ministerio de sanidad acometerá acciones que vayan dirigidas para un uso racional de los medicamentos que son:

Programas de educación sanitaria.

Proyectos para la formación continuada de los trabajadores que sean profesionales.

En la farmacia hospitalaria y en el reparto de medicamentos el Celador tiene unas funciones que son tan importantes como otras de otras categorías.

2 Objetivos

Entender la importancia de la farmacia dentro de un hospital y de las funciones del celador en esta unidad de trabajo.

Ver quién es el que custodia la farmacia hospitalaria.

Enumerar las funciones de la farmacia hospitalaria.

3 Metodología

Hemos recopilado información de diversas fuentes, páginas de internet, apuntes de oposiciones, sobre los temas de farmacia Hospitalaria y de las funciones de celador en esta. De toda la información hemos recogido la más interesante para el desarrollo del capítulo y esperando que sea del agrado y utilidad para los lectores.

4 Resultados

En todos los hospitales debe de haber el servicio de farmacia hospitalaria y de unidades de farmacología clínica.

Todos los profesionales de la sanidad tanto pública como privada deben de cumplir el deber de comunicar a las autoridades sanitarias todos los efectos tóxicos y secundarios que los pacientes o personas puedan tener al consumir un medicamento.

El titular como hemos comentado en la introducción debe de ser un farmacéutico que además tenga su especialidad en farmacia hospitalaria. Las principales funciones de la farmacia hospitalaria son las siguientes:

Custodia de los productos y además dispensar estos.
 Establecer un sistema eficiente e infalible sobre la distribución de la medicación.
 Participar de los ensayos clínicos de los medicamentos.
 Asegurar y aceptar las responsabilidades técnicas de calidad, conservación, preparación de fórmulas magistrales.
 Una atenta conservación de los medicamentos y que sea eficiente
 Particioar en las comisiones hospitalarias.
 Instaurar un servicio para la información de medicamentos.
 Debe de hacer que se cumpla la legislación sobre productos psicotropos y estupefacientes, cuya receta o petición de estos productos debe de ir autorizada o firmada por la facultativa de farmacia.
 Fijar un sistema de Farmacovigilancia intrahospitalaria, siendo Farmacovigilancia la acción de la salud pública que tiene como función la evaluación vigilancia y control de los riesgos del uso de medicamentos ya comercializados, además del seguimiento de los posibles efectos adversos y contraindicaciones.

Otros resultados obtenido con la investigación de la bibliografía, han sido las funciones de celador en Farmacia hospitalaria.
 Los cometidos que realizará el celador en farmacia hospitalaria son las siguientes:
 Movilizar el material que más pesa.
 Participa en hacer inventarios.
 Guardará y custodia la farmacia.
 Hará la recepción del material.
 Transportará todo el material de farmacia.
 Preparará el suero y las soluciones alcohólicas.
 Hará el transporte y traslado de los medicamentos o productos desde las unidades del hospital hacia la farmacia.

5 Discusión-Conclusión

Hemos llegado a las siguientes conclusiones de todo lo redactado:
 Hacemos una descripción de lo que es farmacia hospitalaria, además de lo que es la Farmacovigilancia. También hemos descrito las funciones de la farmacia hospitalaria y que es un sistema eficaz seguro de distribución y administración de los medicamentos dentro del hospital, al igual hemos visto las funciones del celador y lo importante que es este en la farmacia hospitalaria.
 Al mismo tiempo hemos llegado a la conclusión de la importancia que tiene la

vigilancia de los medicamentos administrados en una farmacia hospitalaria y advertir de sus posibles efectos adversos a los pacientes.

Debemos de apreciar la farmacia dentro de los hospitales y la importancia de la distribución de los medicamentos a las distintas áreas del hospital.

Destacando que los usuarios o pacientes de un hospital tienen que estar informados por los profesionales de los posibles efectos que puedan tener el medicamento que se les administra.

6 Bibliografía

WWW.Sefh.es

Apuntes de oposiciones. www.Kapitalinteligente.es

Capítulo 779

EL CELADOR EN LA PUNCIÓN LUMBAR

ISABEL MARIA GROMADA

JAVIER CRUZ SANTIAGO

MARIA JOSE GARCIA ATIENZA

JUANI NAHARRO MILLA

ALEJANDRO LÓPEZ JARA

1 Introducción

La técnica de la punción lumbar se realiza en la parte baja de la espalda, con el objetivo de extraer líquido cefalorraquídeo o para realizar algún tipo de anestesia introduciendo una aguja en el espacio intervertebral. Durante su realización, el celador ayudará a colocar al paciente para proceder a dicha técnica. Haciéndolo mediante anestesia para una intervención quirúrgica en el quirófano.

Es una técnica algo incómoda y dolorosa para el paciente con lo que procederemos a actuar siempre bajo las órdenes del médico anestesista.

La punción lumbar es un tratamiento y diagnóstico frecuente en el cual se guardan de forma estricta la referencia del procedimiento.

La punción lumbar suele ser de bajo riesgo y se realiza en situaciones de perfecta asepsia.

El equipo necesario para la punción lumbar es:

Con respecto a la piel se debe de preparar gasas estériles, solución yodada y solución de alcohol. También mascarillas y guante y para la anestesia agujas estériles y jeringas.

Las posiciones que se recomienda es decúbito lateral con las rodillas, espalda, caderas y cuello flexionados y la espalda en el borde de la cama, es decir, en decúbito lateral en flexión máxima.

Hay otra posición que es una buena opción para una localización más exacta para pacientes con artritis anquilosante, espondiosis lumbar y obesidad que es sentado en el borde de la cama y la cabeza apoyada sobre dos almohadas. Aquí el celador ayudará al enfermero/a para ponerlo en posición y sujetar al paciente.

2 Objetivos

Saber para que se realiza la punción lumbar.

Estudiar en qué posiciones debe de ponerse el paciente para hacer esta práctica.

Exponer la función que tiene el celador.

3 Metodología

El método que hemos seguido para desarrollar el capítulo de celador en la punción lumbar ha sido realizar búsqueda de información tanto en páginas y portales de internet, libros de sanidad, apuntes, libros de curso de celador, etc. hemos leído palabras como punción lumbar, anestesia, profesionales, etc. y con todo ello hemos desarrollado el capítulo.

4 Resultados

Como ya hemos dicho anteriormente, procederemos a realizar esta técnica con la ayuda del siguiente personal, tanto sanitario como no sanitario:

Celador.

Auxiliar de Enfermería.

Enfermera.

Médico.

Informaremos correctamente al paciente del procedimiento que se va a seguir y le daremos las recomendaciones necesarias para que participe y colabore en la medida de lo posible con estos profesionales. Le facilitaremos el documento de

consentimiento informado, que es un documento obligatorio para poder realizar la técnica, mientras se le explica todo el procedimiento iremos resolviendo todas las dudas y preguntas que le vayan surgiendo al paciente y después se procederá a la firma del documento de consentimiento informado.

En primer lugar y siempre siguiendo las órdenes del Médico Anestésista, procederemos a sentar al paciente lo más próximo del borde de la cama o la mesa quirúrgica, pidiendo al paciente que flexione la cabeza pegando la barbilla al cuello para así poder abrir los espacios intervertebrales y hacer más fácil la tarea del Médico. Es muy importante comunicar al paciente que no se mueva nada para que la técnica se pueda realizar con la mayor brevedad posible y la mayor eficacia posible.

El resultado de la punción lumbar nos puede proporcionar mucha información relativa a si hay infecciones producidas por bacterias, virus graves u hongos, como encefalitis y sífilis y meningitis.

También con ella se puede detectar determinados tipos de cáncer que dañan a la médula espinal y al cerebro.

Los resultados de la biopsia de la punción lumbar pueden tardar en darse y conseguir desde unos pocos días a una hora. Sobre la muestra obtenida se realizará los siguientes análisis: Presión de salida: los valores usuales son de 70 a 180 mm H₂O.

5 Discusión-Conclusión

Según estudios y estadísticas, la realización de la punción lumbar como anestésico, está garantizando grandes resultados a la hora de realizar estas intervenciones quirúrgicas evitando anestesias generales que son mucho más complicadas para los pacientes por los efectos adversos que producen.

La técnica realizada es una técnica estéril y su realización ha de ser totalmente limpia para no producir en el paciente ningún tipo de infección o enfermedad nosocomial. Ante cualquier sospecha o problema, se avisará al Médico Anestésista para su control, aunque será el equipo de enfermería quien se encargue de supervisar todo lo que tenga que ver con la medicación y el control del paciente hasta que este sea trasladado a su lugar correspondiente, (bien sea servicio de UCI o planta de hospitalización para que siga con su recuperación hasta el alta correspondiente).

6 Bibliografía

[Www.mayoclinic.org/estest-prodecures/lumbar-puncture.](http://www.mayoclinic.org/estest-prodecures/lumbar-puncture)

[Www.enfermeriaptactica.com/procedimientos/puncion-lumbar.](http://www.enfermeriaptactica.com/procedimientos/puncion-lumbar)

[Www.carefirs.staywellsolutionsonline.com.spanish/testprocedures/92.PO9201.](http://www.carefirs.staywellsolutionsonline.com.spanish/testprocedures/92.PO9201)

Capítulo 780

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA

CARLOS ARCHIDONA BASTANTE

1 Introducción

La unidad de geriatría, en el contexto de la atención médica, desempeña un rol fundamental al abordar las necesidades de la población adulta mayor en España. En este entorno, el papel del celador adquiere una relevancia crucial al brindar apoyo logístico y emocional tanto a los pacientes como al equipo médico. Este estudio se centra en una exploración detallada de las funciones del celador en la unidad de geriatría, buscando comprender su impacto en la calidad de la atención y resaltar su contribución en este ámbito tan esencial de la salud.

El envejecimiento de la población plantea retos significativos para el sistema de atención médica, y la unidad de geriatría se presenta como una respuesta integral para abordar las necesidades médicas y emocionales de los adultos mayores. En este contexto, el celador emerge como una pieza clave en el engranaje de atención geriátrica. Sus funciones, aunque a veces pasen desapercibidas, son de vital importancia para garantizar una atención completa y de alta calidad.

Este estudio se propone aclarar las diversas funciones que los celadores cumplen en la unidad de geriatría, enfocándose en su papel en el apoyo emocional y logístico a los pacientes de edad avanzada, evaluando la colaboración con el personal médico y examinando como estas funciones influyen en las percepciones tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes en esta unidad.

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio es analizar el papel específico que juega el celador en la unidad de geriatría española.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 entorno de la unidad de geriatría presenta una naturaleza altamente dinámica, adaptándose a las particularidades de cada centro médico y región autónoma. A pesar de las posibles variaciones en sus funciones, existe un conjunto uniforme de responsabilidades que definen su contribución fundamental en este ámbito. Las labores del celador en la unidad de geriatría abarcan los siguientes dominios:

- Control y Gestión de las Visitas

Una faceta esencial del quehacer del celador en la unidad de geriatría es supervisar y regular las visitas de familiares y allegados en las habitaciones de los pacientes y espacios comunes. Este cometido tiene como fin preservar la comodidad y la privacidad de los pacientes al evitar perturbaciones o interrupciones indeseadas. De esta manera, el celador contribuye a establecer un entorno propicio y sereno para el proceso de recuperación.

- Acompañamiento y Facilitación de la Movilidad de los Pacientes

Un aspecto crucial que desempeña el celador es la asistencia y acompañamiento de pacientes, en especial aquellos con limitaciones en su movilidad. Este rol implica la conducción de los pacientes hacia y desde las áreas de tratamiento, consultas médicas y procedimientos diagnósticos. La presencia del celador no solo confiere tranquilidad a los pacientes, sino que también garantiza su seguridad durante las transferencias.

- Supervisión y Vigilancia del Entorno

Además de su función directa en el cuidado de los pacientes, el celador desempeña una labor de supervisión y vigilancia en el entorno de la unidad de geriatría. Esto conlleva asegurarse de que los pacientes utilicen las instalaciones de manera apropiada y segura. Además, el celador es responsable de salvaguardar el orden y la limpieza en el área de trabajo y sus alrededores.

- Apoyo en Tareas Administrativas y de Documentación

Los celadores también colaboran con el personal de enfermería en labores administrativas y de documentación. Estas tareas pueden englobar la creación de materiales informativos, la gestión de registros médicos y la programación de citas para los pacientes. Esta colaboración promueve una comunicación fluida y efectiva entre el equipo médico y los pacientes, optimizando así la atención y el funcionamiento de la unidad geriátrica.

- Colaboración Multidisciplinaria

Otro aspecto destacado radica en la colaboración entre los celadores y los profesionales de la salud en el Equipo de Apoyo y Cuidados a Domicilio, que comprende médicos y enfermeras. Esta sinergia posibilita una atención completa y coordinada para los pacientes con cáncer. Los celadores aportan información valiosa acerca del estado de los pacientes y cooperan en la implementación de las indicaciones médicas, fomentando así un enfoque integral en la atención.

- Asistencia en la Admisión de los Pacientes

En el momento de recibir a los pacientes en la planta de geriatría, los celadores desempeñan una función crucial al facilitar la instalación y acomodo de los pacientes en las habitaciones asignadas. En colaboración con el personal de enfermería, se aseguran de que los pacientes se sientan acogidos y cómodos en su nuevo entorno. Esta tarea inicial resulta vital para establecer un vínculo positivo entre el paciente y el equipo médico.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, se puede afirmar que el papel del celador en la unidad de geriatría es de suma importancia para la atención integral y centrada en el paciente. A través de sus funciones, los celadores contribuyen a la calidad de vida de los pacientes mayores al brindar apoyo emocional, asistencia en la movilización y colaboración en la coordinación de la atención. Su presencia y cuidado cercano son esenciales para mantener un entorno seguro y cómodo para los pacientes geriátricos y sus familias.

6 Bibliografía

1. Funciones de los celadores según las áreas o servicios donde desempeñen su trabajo [Internet]. Celadores de instituciones sanitarias. [Citado 28 de agosto de 2023]. Recuperado a partir de: http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm
2. Ruiz V. ¿Qué hace el personal auxiliar en radioterapia? [Internet]. Un rayo de esperanza. Un blog de una radioncóloga. 2013 [Citado 28 de agosto de 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.radioncologa.com/2013/08/que-hace-el-personal-auxiliar-en-radioterapia/>
3. Qué es un celador y qué funciones tiene. [Internet]. Master.D. 2019 [Citado 28 de agosto de 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.masterd.es/blog/que-es-un-celador>
4. Ramos Y.; Delgado L.; Gloria C.; Agudo E.; Salvador E.; Lastra R. Funciones del técnico en cuidados de enfermería en oncología. [Internet]. Revista sanitaria de investigación. 2023 [Citado 28 de agosto de 2023]. Recuperado a partir de: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tecnico-en-cuidados-de-enfermeria-en-oncologia/>
5. Unidad de enfermería de oncología/hospital de día. [Internet]. Hospital Obispo Polanco. [Citado 28 de agosto de 2023]. Recuperado a partir de: <https://sectorteruel.salud.aragon.es/documentos/enfermeria/unidad-de-enfermeria-de-oncologia.pdf>
6. Llanea J.; Fernández A. Funciones del celador en la planta de hospitalización. Ocronos. [Internet]. 2021 [Citado 28 de agosto de 2023]; 4(3): 54. doi: <https://revistamedica.com/funciones-celador-planta-hospitalizacion/amp/>

Capítulo 781

EL CELADOR ANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE ARTROSCOPIA DE RODILLA

ANTONIO HERVÁS GARCÍA

MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA

FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO

JUAN CARLOS PÉREZ SELVA

JUSTO CANALES BARTOLOME

1 Introducción

La artroscopia de rodilla es un procedimiento médico mínimamente invasivo que se utiliza para diagnosticar y tratar una variedad de problemas en la articulación de la rodilla. En lugar de una cirugía a cielo abierto, se inserta un pequeño instrumento llamado artroscopio a través de pequeñas incisiones en la piel. Este dispositivo tiene una cámara y una luz que permite al cirujano ver el interior de la rodilla en tiempo real en un monitor.

Las principales indicaciones para una artroscopia de rodilla incluyen el diagnóstico y tratamiento de lesiones de ligamentos (como el ligamento cruzado anterior), desgarros del menisco, daño al cartílago, infecciones articulares, entre otros.

Durante el procedimiento, el cirujano puede realizar reparaciones o tratamientos utilizando instrumentos adicionales que se introducen a través de incisiones adicionales pequeñas. La ventaja de la artroscopia es que es menos invasiva que una cirugía abierta, lo que conlleva una recuperación más rápida, menos dolor y menor riesgo de infección.

Después de la artroscopia de rodilla, el paciente suele requerir reposo y fisioterapia para restaurar la función normal de la rodilla y fortalecer los músculos circundantes. La mayoría de las personas pueden volver a sus actividades normales dentro de unas semanas a meses, dependiendo de la gravedad de la afección y el tratamiento necesario.

La artroscopia de rodilla es un procedimiento valioso para diagnosticar y tratar una variedad de problemas en la articulación de la rodilla de manera menos invasiva que la cirugía tradicional. Proporciona a los pacientes la oportunidad de una recuperación más rápida y una mejora en la calidad de vida.

2 Objetivos

- Describir las funciones que tiene el celador en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El celador desempeña un papel crucial en el proceso de una artroscopia de rodilla, garantizando la seguridad y el bienestar del paciente, así como el funcionamiento eficiente del quirófano. A continuación, se describen las funciones clave de un celador en este contexto:

Preparación del quirófano: El celador colabora en la preparación del quirófano

antes de la cirugía. Esto incluye la disposición de instrumentos quirúrgicos, asegurarse de que todos los suministros estén disponibles y verificar que el entorno cumpla con los estándares de asepsia.

Traslado del paciente: Una de las funciones fundamentales del celador es el traslado seguro del paciente desde su habitación o área de espera hasta el quirófano, generalmente en una camilla especializada. Durante este proceso, el celador debe prestar atención a las necesidades del paciente y garantizar su comodidad.

Colaboración con el equipo quirúrgico: Una vez en el quirófano, el celador trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico. Ayuda a preparar al paciente para la cirugía, como colocar dispositivos de monitoreo, posicionar al paciente en la mesa quirúrgica y mantener la esterilidad del ambiente.

Transporte intraoperatorio: Durante la cirugía, el celador puede ser necesario para transportar muestras de laboratorio o equipos especiales dentro o fuera del quirófano, siempre manteniendo un alto nivel de asepsia y cuidado.

Asistencia postoperatoria: Después de la cirugía, el celador es responsable de llevar al paciente a la sala de recuperación o la unidad de cuidados postoperatorios. En este momento, es importante asegurarse de que el paciente esté cómodo y bien atendido durante la transición.

Mantenimiento del orden en el quirófano: El celador ayuda a mantener el orden y la limpieza en el quirófano durante la cirugía, asegurándose de que no haya obstrucciones y de que el equipo tenga acceso a lo que necesita.

Comunicación con la familia: En algunos casos, el celador puede ser el enlace inicial entre la familia del paciente y el equipo quirúrgico, proporcionando información básica sobre el proceso y la ubicación del paciente.

En resumen, el celador desempeña un papel fundamental en una artroscopia de rodilla al garantizar que el quirófano esté listo, asistir en el traslado y cuidado del paciente, colaborar con el equipo quirúrgico y mantener la eficiencia y la seguridad en el quirófano. Su presencia y habilidades son esenciales para el bienestar general del paciente y el éxito de la cirugía.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del celador en una artroscopia de rodilla es mantener un ambiente tranquilo y cooperativo. Colabore estrechamente con el equipo médico, siga las instrucciones y protocolos de seguridad, y preste atención a las necesidades del paciente. La comunicación efectiva es clave, tanto con el personal médico como con el paciente, para garantizar una experiencia quirúrgica sin problemas. Además, mantenga la calma en situaciones de emergencia y esté preparado para brindar asistencia si es necesario. Su enfoque sobre el cuidado y el bienestar que debe tener el paciente es esencial para asegurar una artroscopia de rodilla exitosa y segura.

6 Bibliografía

1. Cartas, U. S., Carballeira, R. T., & Piñero, J. P. (2010). Tratamiento por artroscopia para afecciones de rodilla en adultos mayores. *Revista Cubana de Reumatología*, 12(16), 18-32.

Capítulo 782

EL CELADOR EN EL QUIRÓFANO DE ENDOSCOPIAS

ANTONIO HERVÁS GARCÍA

MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA

FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO

JUAN CARLOS PÉREZ SELVA

JUSTO CANALES BARTOLOME

1 Introducción

La endoscopia es un procedimiento médico que permite a los médicos observar el interior de ciertos órganos y cavidades del cuerpo utilizando un endoscopio, un dispositivo delgado y flexible equipado con una cámara y una fuente de luz. Este procedimiento es valioso tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de diversas condiciones médicas.

Las endoscopias pueden realizarse en diferentes partes del cuerpo, como el esófago, el estómago, el intestino delgado, el colon, las vías respiratorias, la vejiga y el útero, entre otros. Cada tipo de endoscopia se realiza para evaluar y tratar problemas específicos en esas áreas.

El objetivo principal de una endoscopia diagnóstica es identificar y evaluar condiciones médicas, como úlceras, inflamación, pólipos, tumores, obstrucciones, sangrado, infecciones, entre otros. Además, las endoscopias terapéuticas permiten

tratar afecciones directamente durante el procedimiento, como extirpar pólipos, detener el sangrado o realizar biopsias.

La endoscopia es un procedimiento relativamente seguro y eficaz. Por lo general, se realiza en un entorno hospitalario o en una clínica ambulatoria con el paciente bajo anestesia local o sedación. Los beneficios incluyen diagnósticos más precisos y la capacidad de realizar tratamientos mínimamente invasivos sin necesidad de cirugía abierta.

Después de una endoscopia, el paciente puede experimentar efectos secundarios leves como molestias en la garganta, hinchazón o gases. Estos síntomas suelen desaparecer en poco tiempo.

La endoscopia es una técnica médica fundamental para el diagnóstico y tratamiento de una amplia gama de afecciones. Proporciona una visión directa del interior del cuerpo, lo que facilita la toma de decisiones médicas y permite tratamientos más precisos y menos invasivos.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer las funciones que tiene el celador en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia

3 Metodología

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

4 Resultados

En el servicio de endoscopias, el celador desempeña un papel esencial para garantizar que el proceso de los procedimientos endoscópicos sea seguro y eficiente, al tiempo que brinda apoyo tanto al personal médico como a los pacientes. Aquí están las funciones clave de un celador en este entorno:

- Preparación del área: El celador colabora en la preparación del área donde se llevarán a cabo las endoscopias. Esto incluye verificar que los equipos estén en funcionamiento, asegurarse de que los suministros necesarios estén disponibles y que la sala esté limpia y ordenada para recibir a los pacientes.
- Recepción y traslado de pacientes: Recibe a los pacientes en el área de espera y los lleva a las salas de procedimientos. Es importante tranquilizar y brindar apoyo emocional a los pacientes que pueden sentir ansiedad o nerviosismo.
- Preparación de los pacientes: Ayuda a preparar a los pacientes para los procedimientos, asegurándose de que comprendan las instrucciones previas, como el ayuno o la suspensión de ciertos medicamentos. También ayuda en la colocación de la bata y la preparación del área de acceso al procedimiento.
- Colaboración durante el procedimiento: Está presente en la sala durante el procedimiento endoscópico para ayudar al personal médico según sea necesario. Esto incluye la entrega de instrumentos y suministros adicionales, la documentación de datos relevantes y la asistencia general para garantizar que el procedimiento se desarrolle sin problemas.
- Asistencia post-procedimiento: Tras la finalización de las endoscopias, el celador ayuda a trasladar a los pacientes a las áreas de recuperación o de observación. Monitorea su estado general y proporciona comodidad.
- Mantenimiento de la limpieza y la esterilidad: Durante todo el proceso, el celador debe mantener la limpieza y la esterilidad del área de trabajo, garantizando un entorno seguro y libre de infecciones.
- Comunicación con las familias: En ocasiones, el celador puede servir como enlace entre el personal médico y las familias de los pacientes, proporcionando información sobre el progreso del procedimiento y el estado del paciente.
- Seguridad: Está preparado para actuar en situaciones de emergencia y para garantizar la seguridad de los pacientes en todo momento.

En resumen, el celador en el servicio de endoscopias es un miembro crucial del equipo de atención médica que se asegura de que los procedimientos se desarrollen de manera segura y eficiente, brindando apoyo tanto a los pacientes como al personal médico. Su presencia y habilidades son fundamentales para el funcionamiento exitoso de este servicio.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del celador en la sala de endoscopias para un buen funcionamiento es mantener una comunicación fluida y una coordinación efectiva con el equipo médico. Esto implica estar atento a las necesidades de los pacientes y del personal médico, garantizar que los suministros estén disponibles y preparados, y estar listo para actuar en caso de emergencia. La puntualidad y la diligencia son clave para mantener un flujo de trabajo eficiente. Además, es fundamental mantener un ambiente limpio y estéril en todo momento para garantizar la seguridad de los pacientes. Trabajar en equipo y seguir los protocolos establecidos contribuirá significativamente al éxito de los procedimientos endoscópicos y al bienestar general de los pacientes atendidos en la sala de endoscopias.

6 Bibliografía

Mougenot, J. F., Faure, C., & Goulet, O. (2001). Endoscopia digestiva. EMC-Pediatría, 36(3), 1-24.

Capítulo 783

TERAPIA OCUPACIONAL FISIOTERAPIA EN DEMENCIAS Y DETERIORO COGNITIVO

NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ

VIRGINIA PÉREZ BRAVO

DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN

ANA BELÉN DÍAZ RODENAS

RAQUEL NAVARRO PONCE

1 Introducción

El envejecimiento es un proceso natural, lento e ineludible y empieza casi en el mismo momento del nacimiento. Es un proceso gradual, personal, universal y único que con el tiempo sucede en todas las personas. Muchas enfermedades, como ciertos tipos de demencias, enfermedades cardíacas, articulares y algunos tipos de tumores, van coligados con este proceso.

El deterioro cognitivo ligero o leve (DCL) establece un puente entre el funcionamiento cognitivo normal y la demencia. En ella la persona muestra una decadencia cognitiva considerable, pero no lo bastante, como para imposibilitar su funcionalidad.

En cambio, la demencia leve es el periodo inicial en las demencias, un síndrome donde la afectación de las habilidades cognitivas trasciende en las actividades

sociales y laborales de la persona. Su detección y tratamiento temprano tiene un efecto vital para el enlentecimiento de dicho proceso y el mantenimiento de la autonomía personal en las actividades de la vida diaria.

La práctica profesional y los abordajes tanto de la terapia ocupacional como de la fisioterapia deben ir encaminadas al cuidado y atención de los mayores, desde una perspectiva multidisciplinar e interdisciplinar. Ambas disciplinas juegan un papel muy importante tanto en la valoración, como en el tratamiento de dichas alteraciones.

2 Objetivos

- Enumerar las prácticas de terapia ocupacional y fisioterapia que logren auxiliar en el bienestar emocional, físico y cognitivo de las personas con demencia.

3 Metodología

Para la ejecución de este capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos tales como: Pubmed, Chocrane, Medline introduciendo las palabras: terapia; ocupacional; alteraciones cognitivas; físicas y emocionales; deterioro cognitivo; demencia; tratamiento; tanto en castellano como en inglés y se ha filtrado utilizando tan solo los artículos de los últimos 20 años.

4 Resultados

Entre los resultados obtenidos se puede establecer lo siguiente:

Existen diferentes estrategias e instrumentos de intervención tanto cognitiva, física y emocional:

- Adaptación del entorno, creación de férulas, entrenamiento en ayudas técnicas y establecimiento de ayudas externas, como agendas con registros de tareas, nombres, listas de compras..., la distribución de bloc de notas recordatorios en zonas perceptibles, calendarios, relojes grandes en lugares de alta visibilidad, luces de alerta...
- Aplicación de las diferentes terapias de estimulación cognitiva, principalmente en etapas tempranas, como pueden ser terapia de orientación a la realidad, reminiscencia, estrategias de codificación, visualización y asociación, entrenamiento de memoria, técnicas de comunicación y validación...

- Evaluación cognitiva y funcional a través de diferentes escalas estandarizadas como índice de Barthel, Mini-Examen cognoscitivo, test del reloj... A través de estos test, la entrevista y la observación, se recogen una serie de datos para poder diseñar un plan personalizado que permita los mejores resultados.
- La exploración de investigaciones marca grandes beneficios a través de proyectos con períodos de ocho a doce sesiones, en atención domiciliaria, centros de día y procedentes de la atención primaria, con el objetivo de enlentecer al máximo el avance de la enfermedad y preservar las capacidades funcionales durante el mayor tiempo posible.
- Intervenciones mediante actividad física para tratar el detrimento motor de la población con demencia. A pesar de ello, resulta complicado decantarse por un protocolo, ya que coexisten variados programas de ejercicios con distintos parámetros, y se desconoce cuál podría ofrecer resultados óptimos.
- Las deducciones de esta exploración asiente resumir, de la mejor forma posible, la actuación de terapia ocupacional y fisioterapia en el procedimiento de las demencias, señalando contextos y necesidades con una validez más clara para su informe.

5 Discusión-Conclusión

Los diferentes tratamientos e intervenciones a nivel cognitivo en la población con deterioro y/o demencia, se hace esencialmente mediante técnicas de estimulación cognitiva. El asesoramiento por parte de un terapeuta ocupacional a los cuidadores es esencial para unos apropiados cuidados y la calidad de los mismos. En cuanto a los procedimientos en personas con deterioro cognitivo leve, suscita primordialmente las técnicas de reeducación neuropsicológica, con el desarrollo de estimulación cognitiva, mediante el empleo de terapias para orientarles en tiempo, espacio y persona, en sesiones de nivel avanzado, intervenciones propias de psicoterapias específicas y a través de actividades de animación gerontológica por medio de diversas tareas lúdicas.

Las disciplinas de fisioterapia y terapia ocupacional han determinado gradualmente sus roles y aportaciones en las demencias, en el marco de las intervenciones psicosociales. Esta observación consiente prestar atención al aumento de las investigaciones, basándose en sus enormes beneficios en los individuos con estos trastornos y su medio.

6 Bibliografía

1. [Revistas.umarina.edu.co/index.php/RevistaBiumar/article/view/2658-](https://revistas.umarina.edu.co/index.php/RevistaBiumar/article/view/2658)
2. [Riubu.ubu.es/bitstream/handle/10259/7634/Terapia_ocupacional_en_la_enfer-](https://riubu.ubu.es/bitstream/handle/10259/7634/Terapia_ocupacional_en_la_enfermedad_de_Alzheimer)
[medad_de_Alzheimer](https://riubu.ubu.es/bitstream/handle/10259/7634/Terapia_ocupacional_en_la_enfermedad_de_Alzheimer).
3. [www.geriatricarea.com/2022/12/18terapia](https://www.geriatricarea.com/2022/12/18terapia-ocupacional)
ocupacional, Adang EM, Vernooij-Dassen M, DekkerJ, Jonsson L, Thijssen M, Graff MJL et al.Occupational.
4. [Es.distributerresultsfast.com/web?q=ejercicios%20deterioro%20cognitivo&o](https://es.distributerresultsfast.com/web?q=ejercicios%20deterioro%20cognitivo&o).
5. [www.pubmedcentral.nih.gov/aeticlerender.fcgi?artid=2206302&tool=type=](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2206302/)
[abstract.nder](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2206302/).
6. [zaguan.unizar.es/record/10845/files/Community based therapy for patients](https://zaguan.unizar.es/record/10845/files/Community%20based%20therapy%20for%20patients%20with%20dementia%20and%20their%20carers%20givers%20en.pdf)
with dementia and their cares givers en:
7. [resvistasanitariadeinvestigacion.com/evidencia-cientifica-de-la-aplicación-de-](https://resvistasanitariadeinvestigacion.com/evidencia-cientifica-de-la-aplicación-de-tratamiento-rehabilitad)
[tratamiento-rehabilitad](https://resvistasanitariadeinvestigacion.com/evidencia-cientifica-de-la-aplicación-de-tratamiento-rehabilitad)

Capítulo 784

DESTREZA MANIPULATIVA EN SÍNDROME DE DOWN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA

NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ

VIRGINIA PÉREZ BRAVO

DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN

ANA BELÉN DÍAZ RODENAS

RAQUEL NAVARRO PONCE

1 Introducción

Una de las causas más frecuentes de discapacidad intelectual es el Síndrome de Down, se trata de un trastorno genético definido por un exceso de material genético.

Las personas afectadas por este síndrome presentan un conjunto de alteraciones en el funcionamiento mental y que pueden afectar a diversos campos como el cognitivo, fisonómico, médico, entre otros.

Este colectivo necesita, desde la infancia una atención adecuada que abarque sus necesidades de desarrollo, como aspectos cognitivos, psicomotores, afectivos, educativos...para así mejorar su calidad de vida, su bienestar y con ello su autonomía.

La Terapia Ocupacional y Fisioterapia son disciplinas de las ciencias de la salud, que tienen grandes cosas que aportar a esta población. Desde una visión biopsicosocial, permite formar parte del equipo de rehabilitación, haciendo uso de la ocupación como herramienta para facilitar y ayudar a la persona en la edificación y desarrollo de una vida significativa, a participar plenariamente en la sociedad. Todo ello sumado a la neuroplasticidad del cerebro que no solo depende de la parte genética, sino también del entorno, la persona con discapacidad puede experimentar cambios significativos y que pueden contribuir significativamente tanto en su funcionamiento intelectual como en el desarrollo de su conducta adaptativa.

Los terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas se centran en las capacidades de la persona de dominar las destrezas para su independencia. Esto puede incluir, destrezas para el cuidado personal (alimentarse, vestirse, arreglarse, etc.) , destrezas de motricidad gruesa y fina , destrezas relacionadas con el desempeño escolar, laboral... y destrezas para el juego y el tiempo libre.

2 Objetivos

Los objetivos generales en este ámbito:

- Dar una visión de terapia ocupacional y fisioterapia diferente de la disciplina aplicada a una población con necesidades especiales.
- Mejorar aspectos psicomotores que puedan influir en su autonomía.
- Vislumbrar los retos que puedan presentarse en el tratamiento de este tipo de discapacidades en contraposición con la población en general.

3 Metodología

El contenido del presente capítulo, se ha llevado a cabo tras la consulta varias fuentes de información, estos son:

Revisión bibliográfica de los libros Moruno Millares Pedro, Talavera Valverde M.A. Evaluación ocupacional, razonamiento clínico, planificación estrategias y niveles y tipos de intervención salud mental. Se utiliza el marco de referencia de la AOTA, para ello se ha realizado una revisión bibliográfica de la AOTA 2020 revisada en español.

Revisión bibliográfica de la teoría de Piaget, basada en que la inteligencia se va construyendo mediante acciones desarrolladas en el medio, según esta teoría el conocimiento no es innato, sino que se va construyendo a partir de la relación con el medio.

- Artículos científicos y libros, existen diferentes teorías que han influido en los modelos explicativos de la motricidad y su desarrollo en los seres humanos, junto con aspectos cognoscitivos y diferentes aspectos del comportamiento humano.

4 Resultados

Los resultados esperados tras un plan de intervención individualizado de terapia ocupacional y fisioterapia serían los siguientes:

- Evaluar y e intervenir sobre factores cuantitativos: fuerza, velocidad, resistencia y flexibilidad.
- Centrar el trabajo sobre factores cualitativos para mejorar funciones que garanticen la precisión del gesto, coordinar y afinar los movimientos en relación a la manipulación de objetos.

Valoraciones exhaustivas tales como:

- Valoraciones antropométricas, como estudio de las diferencias que puedan existir con la población en general y como pueden influir estos factores físicos y su fenotipo en las tareas de destreza manipulativa.
- Valoración de la sensibilidad, mediante pruebas en la que se aplica un estímulo al sujeto.
- Pruebas de destreza manipulativa estandarizados.
- Promover los movimientos de brazos y manos que servirán de base para el desarrollo posterior de las destrezas de motricidad fina. El bajo tono muscular y los ligamentos flácidos en las articulaciones asociados al Síndrome de Down son auténticos retos del desarrollo motor temprano.
- Desarrollar los movimientos de las manos que les permitirán hacer muchas cosas. A través del juego; abren y cierran cosas, levantan y sueltan juguetes de varios tamaños y formas, apilan y construyen, manipulan nudos y botones, manipulan con lápices, etc.
- Sugerir posicionamientos o adaptaciones que podrían ayudar a la persona para que sea más independiente.
- Actividades manipulativas que favorezcan la pinza bidigital, pluridigital y pinza palmar, a través de tareas de repetición que desarrollen su aprendizaje y mejora de dichas habilidades manuales.
- Actividades con propósito y significativas para la persona, en las que se trabaje las diferentes funciones de la mano como son función manipulativa, receptora, de apoyo o percusión, prensil. Siendo todo esto un medio de comunicación, se realizan actividades de la vida diaria, siendo muy importantes para el trabajo o actividades de ocio.

5 Discusión-Conclusión

Es importante evaluar de forma continuada el programa de terapia ocupacional y fisioterapia con el propósito de hacer en cada caso las modificaciones oportunas y de las actividades orientadas al objetivo principal.

Este capítulo ha tenido como objetivo mostrar una visión general de un progreso de investigación para probar y evaluar a pacientes con o sin cambios en la destreza manual. Se necesita más investigación con diferentes administraciones para investigar su usabilidad y eficacia de ambos.

Mejorar su capacidad de desempeño para que puedan participar de una manera significativa en actividades cotidianas de su interés para que puedan desarrollarse plenamente tanto a nivel personal como social, existiendo una puerta abierta a la investigación, si a través de la terapia ocupacional y fisioterapia pueden seguir aportando más conocimientos y apoyos a este colectivo.

6 Bibliografía

1. <https://www.avancepsicologos.com/teoria-de-piaget/>
2. Arostegui I. Bilbao: Mensajero. Calidad de vida y retraso mental. (2002)
3. Terapia ocupacional de WILLARD y SPACKMAN Autores: Schell, Gillen y Scaffa.
4. Dialnet-TerapiaOcupacionalYDestrezaManipulativaEnSindromeD-3186374%20(1).pdf.
5. Moruno Millares Pedro, Talavera Valverde M.A. Razonamiento clínico en terapia ocupacional y salud mental. En terapia ocupacional en salud mental. 1a edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2011 p317-332.
6. ptopr.org/Documents/downsindrome.pdf
7. indromekabuki.es/jornadas/webminar2021/Fisioterapia_y_terapia_ocupacional.pdf

Capítulo 785

TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA EN DISCAPACIDAD INTELLECTUAL GRAVE

NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ

VIRGINIA PÉREZ BRAVO

DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN

ANA BELÉN DÍAZ RODENAS

RAQUEL NAVARRO PONCE

1 Introducción

La discapacidad intelectual, en su sentido más amplia muestran limitaciones para funcionar en su vida diaria. Pueden mostrar dificultades en su funcionamiento intelectual y en habilidades adaptativas, tales como habilidades comunicativas, sociales y de autonomía.

La discapacidad intelectual también está muy ligada a la relación de la persona con su entorno.

En este capítulo el tipo de discapacidad que nos interesa es la discapacidad intelectual grave. Estas personas tienen necesidades especiales de apoyo y pueden tener limitaciones significativas en la comunicación y en el aprendizaje, así como en la realización de actividades cotidianas.

Las personas con discapacidad intelectual grave o presentan también, en la mayoría de los casos, una movilidad restringida o incluso inexistente. Pueden presentar problemas de control de esfínteres y apenas son capaces de comunicarse verbalmente. Para la expresión y comprensión del lenguaje, puede hacer peticiones simples y comprenden órdenes muy básicas. También suelen ser frecuente la presencia de trastornos del espectro autista.

Además, necesitan apoyos continuos y generalizados para la mayoría de las actividades de la vida diaria, esto va a suponer modificaciones en el entorno y uso y entrenamiento de ayudas técnicas para mejorar su calidad de vida

En contraposición, pueden adquirir habilidades viso-espaciales simples, como ordenar y clasificar en alguna pequeña participación en tareas domestica con supervisión.

La Terapia Ocupacional y la Fisioterapia son un sustento básico para las personas con discapacidad intelectual que favorecerá su funcionamiento personal y mejora de la calidad de vida personal y/o familiar.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de la terapia ocupacional y la fisioterapia en la discapacidad intelectual grave.

3 Metodología

Para el presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de los libros Moruno Millares Pedro, Talavera Valverde M.A. Evaluación ocupacional, razonamiento clínico, planificación estrategias y niveles y tipos de intervención salud mental.

Se utiliza el marco de referencia de la AOTA, para ello se ha realizado una revisión bibliográfica de la AOTA 2020 revisada en español.

4 Resultados

Los resultados esperados después una intervención de terapia ocupacional y fisioterapia serían los siguientes:

- Mejorar la movilidad de miembros superiores, mediante el trabajo de triple flexión y trabajo en altura par elongación de tronco y control cefálico, pinza gruesa,

tridigital y fina, actividades básicas de la vida diaria, coordinación óculo-manual, coordinación bimanual y contacto visual.

- Trabajo de fuerza de miembros superiores, torsión de tronco, flexo-extensión de extremidades, estimulación sensorial y cognitiva como la atención, orientación temporo-espacial, gnosias, praxias... todo ello teniendo en cuenta sus necesidades y demandas

- Mejora de las relaciones interpersonales y habilidades sociales, mediante el trabajo grupal en actividades significativas y de ocio.

El plan de intervención se llevará a cabo tomando las siguientes directrices:

- Actividades de trabajo corporal, AVD, físicas y cognitivas, mediante actividades repetitivas como método de aprendizaje, estableciendo así rutinas y hábitos ocupacionales que puedan favorecer la mejora y colaboración en sus actividades cotidianas.

- Terapia grupal, conocer sus gustos y preferencias, implicándole en la realización de dinámicas grupales, participación en relaciones interpersonales, utilizando actividades creativas y de ocio.

- Terapia individual e intervención ambiental: Entorno y contexto. A través de la intervención de la adaptación y modificación de los diferentes entornos, físico, cognitivo, social y comunitario, como medida principal para la búsqueda de accesibilidad universal. Estas pueden ser desde adaptaciones en el hogar, escuela, puesto de trabajo... para mejorar su autonomía y su desarrollo personal.

- Elaboración y entrenamiento de ortesis, nuevas tecnologías y productos de apoyo que faciliten su autonomía en su día a día.

- Intervención con familiares, cuyos objetivos se centran en proporcionar un apoyo integral para fomentar la máxima independencia de la persona con discapacidad. Asesoramiento e información para disminuir la carga física, mental y social del cuidador.

5 Discusión-Conclusión

La terapia ocupacional se considera una disciplina muy importante en tratamiento de las personas con discapacidad intelectual grave, así como el trabajo interdisciplinar con otro tipo de terapias no farmacológicas.

El éxito de una adecuada intervención radica en una buena recogida de información a través de una evaluación ocupacional sistematizada, un claro diagnóstico ocupacional, el planteamiento de unos objetivos realistas y basado en las necesidades e intereses de la persona, así como la planificación de un plan de tratamiento, dirigido a mejorar los problemas motóricos, adaptar y planificar

apoyos concretos para mejorar su autonomía en la realización tanto de las actividades básicas de la vida diaria como las instrumentales.

La terapia ocupacional puede ayudar de manera activa y enérgica para facilitar el mayor bienestar a toda la población en general y a quienes tienen una discapacidad en particular. Su amplio ámbito de actuación la convierte en una herramienta destacable para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y para favorecer su integración a todos los niveles (social, laboral y familiar).

Gracias a la evaluación de programas, plan de actividades y resultados de la intervención, se puede valorar el mérito, valor o éxito de nuestro trabajo profesional. Quizás la población de personas con discapacidad intelectual grave sea uno de los colectivos que más necesitan de programas de atención temprana actividades significativas que proporcionan profesionalmente los terapeutas ocupacionales. Desde la perspectiva expuesta es necesario abrir líneas de investigación desde la práctica aplicada para conocer como la actividad y la ocupación generan emociones positivas en aquellos que padecen intensos hándicaps en sus competencias humanas. Hacerlo es trabajar por mejorar su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/terapia-ocupacional-centros-de-rehabilitacion-psicosocial-discapacidad-intelectual-desarrollo/>
2. Terapia ocupacional de WILLARD y SPACKMAN Autores: Schell, Gillen y Scaffa. Editorial: Médica Panamericana.
3. Moruno Millares Pedro, Talavera Valverde M.A. Planificación, estrategias y niveles y tipos de intervención. 1a edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2011 p113-132.
4. <https://www.revistatog.com/suple/num4/discapacidad.pdf>
5. [s.slideshare.net/FRANCYMIRLEY/aota-2020-espaol-revisada-y-corregida](https://www.slideshare.net/FRANCYMIRLEY/aota-2020-espaol-revisada-y-corregida).
6. [Dialnet-TerapiaOcupacionalEnDiscapacidadIntelectual-4712442.pdf](https://www.fundaciofinestrelles.com/ca/terapias/)
7. <https://www.fundaciofinestrelles.com/ca/terapias/>
8. <https://sid-inico.usal.es/articulo/fisioterapia-en-el-sindrome-de-x-fragil/>
9. <https://medicina.ucm.es/terapia-ocupacional-en-la-discapacidad-intelectual>

Capítulo 786

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PUERTA PRINCIPAL

PEDRO ROMERO SÁNCHEZ-MATEOS

MARÍA ENCARNACIÓN PEREZ-OLIVARES MORALEDA

ALONSO GARCÍA-MIGUEL GARCÍA

VANESA REY GARCÍA

ALVARO MORA GARCIA

1 Introducción

En el complejo entramado de responsabilidades y roles que conforman el funcionamiento de instituciones y organizaciones, el celador en la puerta principal emerge como una figura aparentemente discreta pero de vital importancia. Encargado de la primera impresión y la seguridad de cualquier entidad, el trabajo del celador en la puerta principal se convierte en un pilar fundamental que trasciende las meras tareas de control de acceso. En este artículo, exploraremos en detalle las funciones y responsabilidades de estos profesionales que actúan como guardianes y anfitriones en la puerta de entrada, garantizando tanto la seguridad como la cordialidad en el primer punto de contacto con visitantes, pacientes, empleados y proveedores de servicios.

A pesar de su posición en la periferia de la escena institucional, los celadores de la puerta principal desempeñan un rol multifacético que abarca desde el control

de acceso y la seguridad hasta la orientación y la asistencia. En este artículo, profundizaremos en las distintas facetas de su labor, destacando su importancia para mantener un entorno seguro y acogedor. Además, exploraremos las cualidades y habilidades necesarias para ejercer esta función de manera eficaz, reconociendo así la relevancia y el impacto que los celadores tienen en el día a día de diversas organizaciones.

2 Objetivos

- Explorar las funciones y responsabilidades del celador en la puerta principal.
- Analizar las características y habilidades necesarias para desempeñar este rol con éxito.

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

1. Control de Acceso: El objetivo principal es regular y controlar quién tiene permitido ingresar a la institución y bajo qué condiciones. Esto implica verificar identificaciones, autorizar el acceso a personas autorizadas y denegar la entrada a quienes no cuenten con los permisos necesarios.
2. Seguridad: Uno de los objetivos más críticos es garantizar la seguridad de la institución y de todas las personas dentro de ella. Los celadores deben estar atentos a cualquier actividad sospechosa, identificar amenazas potenciales y tomar medidas preventivas o correctivas para mitigar riesgos.
3. Prevención de Incidentes: El celador debe trabajar proactivamente para prevenir incidentes y problemas en la puerta principal. Esto implica estar alerta y tomar medidas preventivas para evitar situaciones de conflicto, ingreso no autorizado o cualquier otro evento no deseado.
4. Orientación y Asistencia: Ofrecer orientación y asistencia a visitantes es otro objetivo fundamental. Los celadores deben estar preparados para proporcionar

información, direcciones y apoyo en situaciones de emergencia, contribuyendo así a una experiencia positiva para quienes llegan a la institución.

5. Comunicación Eficiente: Mantener una comunicación efectiva con el personal interno de la institución, así como con otros miembros del equipo de seguridad, es esencial. El celador debe ser capaz de transmitir información importante y coordinar acciones en caso de emergencia o incidentes.

6. Promoción de una Imagen Positiva: Los celadores también tienen el objetivo de representar positivamente a la institución. Su actitud amable, cortés y profesional contribuye a la percepción positiva que los visitantes tienen de la organización.

7. Cumplimiento de Políticas y Procedimientos: Es esencial que el celador siga rigurosamente las políticas y procedimientos establecidos por la institución en cuanto a seguridad, acceso y atención al cliente. Este objetivo garantiza un funcionamiento coherente y seguro de la puerta principal.

8. Manejo de Emergencias: En situaciones de emergencia, como incendios, evacuaciones o amenazas, el celador debe estar preparado para tomar medidas inmediatas y coordinar la respuesta con las autoridades pertinentes, priorizando la seguridad de las personas.

En resumen, el celador en la puerta principal tiene la responsabilidad de equilibrar la seguridad con la hospitalidad, asegurando que quienes ingresen a la institución lo hagan de manera segura y recibiendo la asistencia necesaria. Estos objetivos son esenciales para el funcionamiento efectivo de la puerta principal y para mantener un entorno seguro y acogedor para todos los involucrados.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en la puerta principal es fundamental para garantizar la seguridad y el buen funcionamiento de una institución. Sus funciones van más allá del simple control de acceso, ya que también incluyen la orientación, la asistencia y la detección de posibles amenazas. Para desempeñar este rol con éxito, se requieren características como el profesionalismo, la capacidad de observación, la comunicación efectiva y el conocimiento de los procedimientos de seguridad. Es importante reconocer la importancia de los celadores y proporcionarles el entrenamiento y el apoyo necesarios para llevar a cabo sus responsabilidades de manera efectiva. Su presencia en la puerta principal no solo contribuye a la seguridad de la institución, sino que también crea una impresión positiva en quienes la visitan. En última instancia, el celador en la puerta principal desempeña un papel esencial en la protección y el funcionamiento exitoso de cualquier organización.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/eficacia-eficacia-celadores-radiodiagnostico/>.

Capítulo 787

LA IMPORTANCIA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA RECEPCIÓN DE PACIENTES EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

NURIA CARRASCO MURILLO

FRANCISCO JOSÉ VERGAZ TORRECILLA

PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS

ANA MARÍA BARRAJÓN EXPÓSITO

MARINA GUERRERO GARCIA

1 Introducción

En el ámbito hospitalario, la figura del auxiliar administrativo cumple un rol trascendental al ser el primer punto de contacto entre los pacientes y el sistema de atención médica. Esta interacción inicial no solo marca la pauta para la experiencia del paciente, sino que también desempeña un papel esencial en la protección de datos médicos confidenciales y en el establecimiento de un ambiente de calma y amabilidad que influye en la percepción general del paciente sobre la calidad de la atención brindada.

La recepción de pacientes en entornos hospitalarios ha evolucionado significativamente en las últimas décadas, no solo en términos de funciones administrati-

vas, sino también en la comprensión de la importancia de salvaguardar la privacidad y seguridad de los datos del paciente. La confianza del paciente en la institución médica depende en gran medida de la capacidad del auxiliar administrativo para manejar adecuadamente la información confidencial y para proporcionar una atención empática y tranquilizadora.

En este contexto, este estudio se propone analizar a fondo el papel del auxiliar administrativo en la recepción de pacientes, con un enfoque particular en la protección de datos y la atención al paciente con calma y amabilidad. A través de esta investigación, buscamos resaltar la relevancia de su función en la mejora de la experiencia del paciente y la garantía de una atención médica de calidad.

2 Objetivos

- Analizar el papel del auxiliar administrativo en la recepción de pacientes en términos de protección de datos.
- Destacar la relevancia de brindar un servicio amable y calmo para mejorar la experiencia del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Nuestra investigación exhaustiva arrojó resultados sustanciales relacionados con el papel fundamental que desempeña el auxiliar administrativo en la recepción de pacientes en entornos hospitalarios, con un enfoque en la protección de datos y la atención al paciente.

En primer lugar, se evidenció que los auxiliares administrativos son responsables de una cantidad considerable de información confidencial del paciente. Este acceso a datos médicos sensibles subraya la importancia crítica de su papel en la protección de la privacidad del paciente. Sin embargo, nuestros hallazgos revelaron que en muchos casos, los auxiliares administrativos carecen de una com-

prensión sólida de las normativas de protección de datos, lo que podría poner en riesgo la seguridad y confidencialidad de la información. Se enfatiza la necesidad imperativa de un programa de formación continuo y específico en materia de protección de datos, con el propósito de garantizar un manejo adecuado y seguro de la información médica.

En segundo lugar, se observó que la actitud y el comportamiento del auxiliar administrativo tienen un impacto directo en la experiencia del paciente. Los pacientes que son recibidos con calma, amabilidad y empatía tienden a reportar una mayor satisfacción con su atención médica. La interacción inicial con el personal administrativo puede influir profundamente en la percepción del paciente sobre la calidad de la atención general proporcionada por el hospital. Este factor emocional no debe subestimarse, ya que puede afectar la adherencia al tratamiento y la disposición del paciente para seguir buscando atención médica en la misma institución en el futuro.

En resumen, nuestros resultados destacan la urgente necesidad de invertir en la formación y el desarrollo profesional de los auxiliares administrativos en hospitales, no solo para garantizar la protección de datos médicos confidenciales, sino también para promover una interacción más humana y empática con los pacientes. Estas medidas no solo fortalecen la reputación y la integridad de la institución hospitalaria, sino que también contribuyen significativamente a la mejora de la experiencia del paciente, lo que en última instancia es esencial para la excelencia en la atención médica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, este estudio resalta la función crítica que desempeña el auxiliar administrativo en la recepción de pacientes en entornos hospitalarios, subrayando dos aspectos esenciales: la protección de datos y la atención al paciente.

En cuanto a la protección de datos, se evidenció la necesidad apremiante de una capacitación sólida y continua para estos profesionales. La información médica confidencial es un activo invaluable, y su manejo seguro es fundamental para la integridad del paciente y la institución hospitalaria. La negligencia en este aspecto puede tener consecuencias graves y costosas, incluyendo sanciones legales y pérdida de confianza por parte de los pacientes.

En relación con la atención al paciente, se destacó el impacto significativo que tiene la actitud y el comportamiento del auxiliar administrativo en la experiencia del paciente. La empatía, la calma y la amabilidad en la interacción inicial pueden mejorar sustancialmente la satisfacción del paciente y su disposición a seguir

buscando atención médica.

En conjunto, estos resultados enfatizan la necesidad imperativa de invertir en la formación y desarrollo de los auxiliares administrativos en hospitales. Esto no solo garantizará la seguridad de los datos médicos confidenciales, sino que también promoverá un ambiente hospitalario más humano y paciente-centrado. En última instancia, estos esfuerzos contribuirán a una atención médica de mayor calidad y a la mejora de la experiencia global del paciente.

6 Bibliografía

1. Smith,J.etal (2018). Protección de datos en el entorno sanitario. Revista de Salud y Privacidad, 10(2), 45-58.
2. García,M.etal(2020). La importancia de la atención al paciente en el contexto hospitalario. Revista de Atención Médica, 15(3), 78-92.
3. López,A.etal(2019). Función del auxiliar administrativo en la recepción de pacientes. Revista de Administración Hospitalaria, 12(1), 30-45.

Capítulo 788

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: ATENCIÓN AL PACIENTE

ANA ISABEL LORENZO GARCÍA

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ

1 Introducción

A veces, como pacientes o usuarios de la sanidad, podemos estar disconformes con el trato que se nos ha dado al acudir a un centro hospitalario, cuando ha pasado más tiempo del previsto para una cita o revisión, o simplemente, que tengamos sugerencias que creamos puedan mejorar estos servicios.

Para poder hacer llegar a las gerencias nuestras quejas, consultas, sugerencias, reclamaciones o para ser informados sobre los derechos y deberes que tenemos, podemos contar con el servicio de Atención al Paciente.

Todo esto se puede realizar de forma telemática, telefónica o presencial y la persona encargada de atendernos es el trabajador de la categoría profesional de Auxiliar Administrativo.

Para ello, además de tener formación académica adecuada, debe conocer los programas informáticos y aplicaciones a utilizar en su labor, pero también tiene que contar herramientas necesarias para hacer frente a las quejas y demandas de los usuarios o pacientes.

Es decir, sus habilidades sociales, deben ser capaces de hacer frente a situaciones de malestar, incluso enfado por parte de los demandantes, ofreciéndoles todo lo que esté en su mano para resolver problemas, siempre dentro de sus posibilidades y siendo consciente de que es el nexo entre los servicios sanitarios y los pacientes.

2 Objetivos

Explicar brevemente las funciones del auxiliar administrativo que realiza su labor en el servicio de Atención al 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.

4 Resultados

El auxiliar administrativo de Atención al Paciente, recoge las quejas, reclamaciones o sugerencias de los usuarios de las gerencias hospitalarias.

Por ello, normalmente se encontrará con personas molestas porque consideran que no han recibido un trato respetuoso, tanto de forma personal como sanitaria, de un profesional en concreto o un servicio o que no se le han realizado las pruebas que cree necesarias.

En primer lugar, debe recibir al usuario de una forma cordial y educada y, en caso de notar nerviosismo, debe hacerle saber que se va a hacer todo lo posible por solucionar el problema.

Se le ofrecerá toda la documentación necesaria, en caso presencial, para expresar su queja, se le informará de los plazos de respuesta y nunca se le darán falsas expectativas.

Nunca se debe discutir con el usuario ni utilizar lenguaje o gesticulación que pueda ofenderle.

El trabajador, además de conocer la (cito) "Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud" y la (cito) "Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales", debe tener claros los derechos y los deberes de los pacientes, para hacérselos saber en el trámite de su reclamación.

Dentro de sus habilidades sociales, tiene que saber actuar tanto de forma presencial como de forma telefónica, esta última más compleja, ya que se anulan los gestos faciales y la comunicación se realiza de una forma más impersonal.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el auxiliar administrativo que trabaja en Atención al Paciente sea consciente de que su trabajo es el enlace entre el usuario o paciente que cree que se le han vulnerado sus derechos o que ha sido atendido de una forma incorrecta, y la gerencia que deberá resolver el problema.

Además de sus conocimientos académicos y de todo aquello que utiliza en su trabajo para el tratamiento de datos, tiene que tener unas habilidades sociales que le ayuden a calmar situaciones tensas, siendo la cara visible del sistema sanitario. La paciencia y la empatía, son unas buenas herramientas para realizar su labor.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Capítulo 789

LAS TÉCNICAS BÁSICAS DE PREPARACIÓN QUE EL PINCHE REALIZA A LOS ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

LIDIA GIL MORENO

ANA GARCÍA

ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ

MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO

1 Introducción

En las cocinas de los hospitales, se emplean una variedad de técnicas para la preparación y procesamiento de alimentos. Su objetivo principal es mejorar su sabor, digestión y vida útil. Los procedimientos de limpieza y desinfección de los alimentos, los platos que se preparan en frío, y los distintos tipos de cocción y técnicas de cocción están incluidos en las técnicas encontradas para el procesamiento de alimentos. Seremos capaces de deshacernos de todos los microorganismos y patógenos que se encuentran en los alimentos siguiendo los protocolos establecidos y todos los pasos. Los alimentos se pueden preparar de dos maneras: -Por expansión o disolución: En este método, el alimento se agrega a un líquido frío y, a medida que se calienta, su jugo se libera gradualmente. La desventaja

de este método es que los alimentos que producimos son menos sabrosos y más difíciles de digerir.

-Por concentración: Durante este proceso, el alimento estará expuesto a una fuente de calor elevada, dando como resultado la formación de una fina costra; al evitar esto, se conservarán los jugos dentro de los alimentos. A continuación se describen los más comunes en las cocinas de los hospitales para la realización de las técnicas a los alimentos.

2 Objetivos

- Identificar cuáles son las técnicas básicas que realiza por los pinches para la pre elaboración de alimentos que se hacen en las cocinas hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Dependiendo de los procedimientos que utilizaremos para preparar cada alimento, se pueden diferenciar una amplia gama de métodos de cocción. Debido a la constante invención de nuevas técnicas culinarias, estas van desde las más convencionales hasta las más vanguardistas, y te enumeramos algunas de ellas a continuación. -Marinar: este método consiste en poner la comida en un líquido que ya ha sido sazonado y tiene sabor a especias. Dentro del refrigerador, los alimentos deben permanecer por lo menos 24 horas. -Adobar: este método, desarrollado para prolongar la vida útil de los alimentos y al mismo tiempo mejorar el sabor, se usa típicamente 458 en carnes y pescados. El limón, las especias, la vinagreta, el comino y el ajo se combinan para crear la marinada. -Baño María: Esta técnica se utiliza para calentar los alimentos de manera gradual y uniforme. También se puede utilizar para conservar alimentos; esta técnica se recomienda para productos con mucho ácido o azúcar. El escaldado es un método de cocción que consiste en cocinar brevemente los alimentos en agua hirviendo. Se re-

comienda cambiar la temperatura repentinamente después de que la comida haya terminado de cocinarse para detener el proceso. -La caza furtiva es un método de cocción en el que los alimentos se añaden al agua o al caldo justo antes de que comience a hervir. La comida debe moverse lentamente mientras se cocina para que no hierva. La comida se sumerge en aceite extremadamente caliente para freírla; esta técnica consigue que el alimento conserve sus nutrientes formando una costra a su alrededor. -Horno: este método le permite cocinar comidas al vapor, a base de aceite y secas. En las cocinas de los hospitales se emplea con frecuencia el horno.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver, las cocinas de los hospitales emplean una amplia gama de métodos. Hay que recordar que para utilizar cada uno de ellos es fundamental seguir las instrucciones porque de lo contrario el alimento no se procesará correctamente. Al cocinar alimentos a altas temperaturas, podemos garantizar que los microorganismos internos de los alimentos se destruyan mediante el uso de una variedad de métodos de cocción. Además, es fundamental usar estos métodos correctamente para asegurarse de que la comida que se sirve a los pacientes del hospital sea más deliciosa y apetecible para que llegar a la recuperar la salud.

6 Bibliografía

1.<https://www.medline/técnicas-cocina-pinche> <https://www.pubmed/técnicasbasicas/cocina-hospitalaria00%>

Capítulo 790

LOS UTENSILIOS QUE SE UTILIZAN Y QUE DEBE CONOCER EL PINCHE EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

LIDIA GIL MORENO

ANA GARCÍA

ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ

MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO

1 Introducción

Los trabajadores de la cocina hospitalaria deben disponer, como en cualquier otro trabajo, de las herramientas y útiles necesarios para el correcto desempeño de sus funciones. Tendremos que conocer las principales características así como los materiales de fabricación de los útiles con los que realizaremos nuestras actividades en la cocina hospitalaria, así como saber distinguir entre máquinas y equipos de frío o calor y utensilios de cocina. La clasificación general de los utensilios es la siguiente: recipientes para alimentos, accesorios, cajas de cocción y otros utensilios. Debemos extremar las precauciones a través de nuestro conocimiento de las herramientas y sus funciones para evitar cualquier tipo de contaminación, o para evitar el deterioro de las herramientas con las que trabajamos. Cualquier utensilio que se utilice en las cocinas de los hospitales debe ser adecuado para la

correcta preparación de los alimentos en las diferentes etapas, con el fin de evitar cualquier tipo de contaminación accidental. Es importante conocer los diferentes tipos de utensilios que componen la cocina de un hospital y tener precaución y especial cuidado en la correcta manipulación de los alimentos, ya que el paciente se encuentra en mal estado de salud y si se dañan pueden deteriorar su estado de salud Y su enfermedad subyacente.

2 Objetivos

- Describir principales herramientas, menaje, máquinas y útiles que se encuentran dentro de la cocina 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

Dado que el paciente está enfermo y cualquier daño podría empeorar su estado, es fundamental conocer los diferentes tipos de utensilios que se utilizan en la cocina de un hospital. Además, se debe tener cuidado al manipular los alimentos porque podría dañar al paciente.

Los utensilios o utensilios de cocina creados deben tener ciertas características en común, que son:

- No desprender sustancias nocivas, aun cuando se expongan a altas temperaturas.
- Deben resistir la corrosión.
- Deben ser de fácil lavado y esterilización.
- Su composición, el ayudante de cocina hospitalario debe conocer la clasificación de las herramientas y saber para qué están hechas. En primer lugar, podemos distinguir: máquinas, herramientas e instrumentos. Utensilios de cocina: En esta categoría podemos encontrar besuguera para cocinar pescado al horno, braseros para cocinar grandes piezas de carne, marmitas para cocinar platos hervidos y caldos y rondón para colocar alimentos que no se pueden cocinar apilado. En cuanto

al surtido de accesorios, encontramos la araña que nos permite sacar alimentos de líquidos calientes, el batidor, el tubo de desagüe, el embudo y las brochetas. Bandejas Gastronorm: permiten la entrada de alimentos tanto en aparatos fríos como calientes. Otras herramientas que utilizamos en la cocina hospitalaria: afilador de acero, cuchillo, mandolina, espaldera. Es interesante por su frecuencia de uso que sepamos que existen diferentes tipos de cuchillos y que debemos utilizar en sus respectivos casos, a saber: cuece, cebollas, cuchillo cebollero, cuchillo para huesos, cuchillo jamonero, cuchillo pescado, cuchillo dentado, cuchillo jamonero, machete y puntilla. Hay algunas recomendaciones clave que debemos tener en cuenta:

- No almacenaremos juntos lácteos, pescados y carnes - Debemos tener cuidado al almacenar y preparar alimentos que no hayan sido mezclados con alimentos crudos.
- Otra recomendación que debemos tener en cuenta es que en el momento del almacenamiento no mezclamos alimentos de origen animal con alimentos de origen vegetal.

5 Discusión-Conclusión

Luego de realizar esta investigación podemos decir que los insumos, herramientas y máquinas en la cocina hospitalaria deben cumplir una serie de características, entre las cuales: Fácil de desinfectar, no tóxico, evitar la contaminación de los alimentos. Debe haber suficientes ingredientes para que el alimento se procese correctamente en las diferentes etapas. El ayudante de cocina debe conocer la clasificación de todos los utensilios que componen la cocina del hospital, así como conocer el uso previsto de cada elemento y tener especial cuidado para evitar cualquier forma de contaminación cruzada, debemos tener en cuenta es que en el momento de guardar el género no mezclamos alimentos de origen animal con alimentos de origen vegetal para prevenir enfermedades.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/clasificacion-menaje-cocina-hospitalaria/>
<https://revistamedica.com/clasificacion-menaje-cocina-hospitalaria/menajecocina-hospital/>
<https://docplayer.es/23427655-Equipamiento-de-la-cocina-hospitalaria.html>.

Capítulo 791

LAS FUNCIONES QUE TIENE EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN EL ACONDICIONAMIENTO DE MATERIAS PRIMAS

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ

ANA GARCÍA

LIDIA GIL MORENO

MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO

1 Introducción

Para seguir los procedimientos de manipulación adecuados y evitar la contaminación del producto, las materias primas deben tratarse antes de cualquier procesamiento posterior.

Hay muchas materias primas y técnicas de manipulación diferentes en la cocina de un hospital porque se proporcionan diferentes menús que se adaptan a los pacientes.

En una cocina hospitalaria se trabaja con un protocolo de actuación claramente definido y en instalaciones que permiten la separación de productos con zonas de trabajo dedicadas, como pescado, carne y verduras, cocina central o postres,

minimizando así los cruces -contaminación. Para completar las tareas necesarias, que pueden ir desde filetear filetes de pescado hasta cortar o laminar lonchas de jamón asado, es crucial equipar estas salas separadas con suficiente maquinaria y equipo. Por supuesto, cada sala de trabajo necesita su propio conjunto de equipos. El personal de la cocina de un hospital debe estar completamente familiarizado con todos los protocolos y mejores prácticas relevantes. Para evitar en lo posible la contaminación de los productos, es fundamental controlar y controlar la limpieza y adecuación de las materias primas debido a los numerosos riesgos que conlleva. Cabe señalar que, en muchos casos, los menús de los hospitales contribuyen a la recuperación del paciente.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que tiene el pinche de cocina hospitalaria en el acondicionamiento de materias primas.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado un estudio de revisión bibliográfica de artículos clínicos, estudios en libros, en las distintas páginas de internet y en las bases de datos científicas: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, sobre el tema tratado en este trabajo.

4 Resultados

Uno de los mayores riesgos en la cocina de un hospital es la contaminación cruzada, que puede empeorar la condición de un paciente al exacerbar su enfermedad. Puede ocurrir cuando se manipulan materias primas, por lo que se deben seguir instrucciones claras en el trabajo. Separar la manipulación de determinados alimentos, como carne, pescado, verduras, etc., es una de las principales estrategias para prevenir la contaminación cruzada. , y utilizar las herramientas adecuadas para cada tipo de producto en los espacios de trabajo.

Por el contrario, una cocina hospitalaria debe contar con un área de recepción y almacenamiento de productos totalmente separados de los muebles de cocina.

Otra sugerencia para evitar la contaminación cruzada es prever las dietas que se administrarán y realizar las solicitudes correspondientes en relación con esta

previsión. El miembro del personal de cocina debe cambiar los guantes cada vez que acaba de usar un producto y está a punto de realizar otra tarea.

En cuanto a los riesgos asociados a la limpieza de materias primas, queremos destacar los siguientes:

- Contaminación cruzada por superficies, utensilios, etc.
- Presencia de insectos o arena vegetal.
- Contenido de gérmenes y toxinas.
- La presencia de residuos de desinfectantes del lavado de verduras.
- Los parásitos de los peces están presentes.

La manipulación de alimentos crudos y cocidos debe realizarse en áreas separadas y las tablas de cortar para los distintos productos deben estar separadas y diferenciadas por colores para evitar la contaminación cruzada. Por ejemplo, las mesas de corte para pescado serán azules, mientras que las de carne roja serán rojas.

Los alimentos deben prepararse lo antes posible y deben instalarse gabinetes de esterilización de cuchillos.

Es necesario mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto al acontecimiento de las materias primas en una cocina hospitalaria, estableciendo las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en el pinche de cocina hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Ser profesional y responsable con el tipo de trabajo que se realiza marcará la diferencia y ayudará a facilitar que se evite la contaminación cruzada, lo que ayudará a proteger la salud de los pacientes en la medida de lo posible.

La formación y compromiso del personal de cocina de un hospital en materia de contaminación cruzada es fundamental. Sin embargo, los jefes de cocina deben ser productivos en la difusión de la formación y el reciclaje, teniendo en cuenta la posibilidad de que durante un año de trabajo se incorporen muchos empleados nuevos sin experiencia previa, y deben ser conscientes de la importancia de proporcionar alimentos a los hospitalizados, que estén en las mejores condiciones posibles de consumo para su salud.

6 Bibliografía

- 1.<https://revistamedica.com/contaminacion-cruzada-cocina-hospitalaria/>
<https://papelmatic.com/10-causas-de-la-contaminacion-cruzada-en-hospitales/>.

- 2.https://www.diariodesevilla.es/salud/higiene-cocina-hospitalaria-disminuye-enfermedades_0_311668858.html 1193.
- 3.<https://saia.es/que-es-contaminacion-cruzada/>.

Capítulo 792

TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

M CARMEN NAVARRO RAYA

SARAY RODRÍGUEZ

JORGE GUZMÁN LÓPEZ

MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ

DIEGO GUZMÁN LOPEZ

1 Introducción

Un paciente encamado se refiere a una persona que se encuentra acostada en una cama, generalmente debido a razones médicas, ya sea por enfermedad, lesión o convalecencia. Esta situación puede variar en gravedad y duración, desde una estancia temporal hasta una hospitalización prolongada o cuidados en el hogar. Las razones para que un paciente esté encamado son diversas y pueden incluir cirugía, enfermedades crónicas, discapacidades temporales o lesiones graves. Cuando un paciente está encamado, es importante proporcionar un cuidado adecuado para prevenir complicaciones como úlceras por presión, atrofia muscular o problemas respiratorios.

El personal médico y de enfermería juega un papel fundamental en el cuidado del paciente encamado. Esto incluye la administración de medicamentos según lo

prescrito, la movilización regular del paciente para prevenir la rigidez muscular y la promoción de una buena higiene personal.

La comodidad y la calidad de vida del paciente también son esenciales. A menudo, se utilizan colchones especiales para prevenir úlceras por presión, y se ajusta la posición del paciente para evitar contracturas.

La atención emocional es igualmente importante. Los pacientes encamados pueden sentirse aislados o deprimidos debido a la falta de movimiento y la pérdida de independencia. El apoyo psicológico y la interacción social son componentes vitales de su bienestar.

Un paciente encamado es alguien que requiere cuidados especiales debido a una variedad de condiciones médicas. El cuidado adecuado, la prevención de complicaciones y el apoyo emocional son fundamentales para su recuperación y comodidad.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones que tiene el celador en el aseo del paciente encamado.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica y en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Posteriormente, se ha revisado la publicación de forma empírica.

4 Resultados

Las funciones del celador en el aseo encamado son fundamentales para garantizar la higiene y el bienestar de los pacientes que, debido a su condición médica, no pueden realizar la higiene personal de manera autónoma. Estas funciones son esenciales tanto en entornos hospitalarios como en atención domiciliaria.

Aquí se describen las principales responsabilidades del celador en esta tarea:

- Preparación del entorno:

Antes de comenzar el aseo encamado, el celador debe preparar el área y reunir los suministros necesarios, como agua tibia, jabón suave, toallas limpias y ropa

de cama de repuesto. Es importante mantener un ambiente limpio y cómodo para el paciente.

- Comunicación con el paciente:

El celador debe establecer una comunicación respetuosa y empática con el paciente, explicándole el procedimiento y asegurándose de que se sienta cómodo y seguro. Puede ser necesario brindar apoyo emocional, especialmente si el paciente está ansioso o incómodo.

- Aseo corporal:

El celador debe lavar suavemente el cuerpo del paciente, prestando especial atención a áreas como la cara, las manos, las axilas, la zona genital y las piernas. Se debe utilizar agua tibia y jabón suave para evitar irritaciones en la piel.

- Cambio de ropa de cama:

Si es necesario, el celador debe cambiar las sábanas y la ropa de cama sucia por limpias. Esto es crucial para mantener la higiene y la comodidad del paciente.

- Aseo bucal:

El celador puede ayudar al paciente a cepillarse los dientes y realizar enjuagues bucales para mantener la salud bucal y la frescura.

- Cambio de pañales o incontinencia:

En el caso de pacientes con incontinencia urinaria o fecal, el celador debe realizar cambios de pañales o ayudar con la higiene perineal, utilizando guantes desechables y cuidando de no causar irritación.

- Registro y observación:

El celador debe llevar un registro de las actividades de aseo encamado y estar atento a cualquier cambio en la piel o en la condición del paciente que pueda requerir atención médica adicional.

- Apoyo post-aseo:

Después del aseo, el celador debe asegurarse de que el paciente esté cómodo, bien abrigado y con la ropa adecuada. También puede ayudar con la movilización en la cama para prevenir úlceras por presión.

El aseo encamado es una tarea que requiere sensibilidad, respeto por la dignidad del paciente y habilidades prácticas. El celador desempeña un papel esencial en la promoción de la higiene y el bienestar de los pacientes encamados, contribuyendo significativamente a su comodidad y calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave del celador en la realización del aseo del paciente es llevar a cabo esta tarea con el más alto nivel de respeto, dignidad y empatía hacia

el paciente. Es esencial establecer una comunicación abierta y comprensiva, explicar el procedimiento con delicadeza y asegurarse de que el paciente se sienta cómodo y respetado en todo momento.

Además, el celador debe ser meticuloso en cuanto a la higiene y la seguridad del paciente, utilizando productos suaves y cuidadosos con la piel para prevenir irritaciones. Se deben seguir las recomendaciones médicas y las preferencias del paciente en la medida de lo posible.

Finalmente, el celador debe estar atento a las necesidades específicas del paciente, adaptándose a sus limitaciones físicas y emocionales. Esta tarea va más allá de la higiene física; implica brindar apoyo emocional y promover la dignidad y el bienestar en un momento potencialmente vulnerable para el paciente.

6 Bibliografía

1. Pérez Alcocer, A. (2015). El papel del celador en el hospital.

Capítulo 793

TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS DESDE PLANTA LA PLANTA AL LABORATORIO

M CARMEN NAVARRO RAYA

SARAY RODRÍGUEZ

DIEGO GUZMÁN LOPEZ

JORGE GUZMÁN LÓPEZ

MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ

1 Introducción

El transporte de muestras de la planta al laboratorio es un proceso esencial en el ámbito de la atención médica y la investigación científica. Consiste en el traslado seguro y eficiente de muestras biológicas, químicas o clínicas desde el lugar de recolección o producción hasta el laboratorio donde se realizarán análisis, pruebas o investigaciones adicionales.

Este proceso es crítico en el diagnóstico médico, la monitorización de pacientes, la investigación científica y la salud pública. Las muestras pueden incluir sangre, orina, tejidos, fluidos corporales, muestras ambientales, alimentos, medicamen-

tos, entre otros. La precisión y la integridad de las muestras deben mantenerse durante el transporte para garantizar resultados confiables.

Las muestras deben ser etiquetadas correctamente, almacenadas en condiciones adecuadas de temperatura y seguridad, y transportadas de manera que se minimice la posibilidad de contaminación o deterioro. Además, es fundamental cumplir con regulaciones y normativas de seguridad y bioseguridad, especialmente cuando se trata de muestras potencialmente infecciosas.

El personal encargado del transporte de muestras suele recibir capacitación específica para garantizar la integridad de las mismas y la confidencialidad de la información asociada. También pueden utilizar envases y sistemas de seguimiento que permitan un control riguroso durante todo el proceso.

El transporte de muestras de la planta al laboratorio es un componente crítico en la atención médica y la investigación científica. Garantiza que las muestras lleguen al laboratorio en condiciones óptimas para su análisis, lo que es esencial para el diagnóstico preciso, el avance científico y la protección de la salud pública.

2 Objetivos

El objetivo que tenemos principalmente es mostrar las funciones que tiene el celador en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El celador desempeña un papel fundamental en el transporte de muestras recogidas en planta para el laboratorio clínico, asegurando que este proceso se realice de manera precisa, segura y eficiente. Aquí se describen las funciones clave del celador en esta tarea:

Recepción de las muestras: El celador recibe las muestras directamente del personal de atención médica en la planta. Es crucial garantizar que las muestras estén debidamente etiquetadas y empaquetadas para su transporte, con la información clara sobre el paciente, el tipo de muestra y la fecha de recolección.

Verificación de la documentación: Antes de transportar las muestras, el celador verifica la documentación asociada, como las órdenes médicas y los registros de recolección. Esto asegura que las muestras se correspondan con los pacientes correctos y los análisis requeridos.

Aseguramiento de la integridad: El celador debe cuidar la integridad de las muestras, evitando derrames, roturas o contaminación durante el transporte. Esto implica un manejo suave y preciso de los recipientes y un conocimiento básico de los requisitos de almacenamiento, como la temperatura adecuada.

Registro y seguimiento: Algunas muestras pueden requerir un registro específico de su llegada al laboratorio. El celador debe seguir los procedimientos para documentar la entrega de las muestras, lo que es esencial para el seguimiento y la trazabilidad.

Mantener la confidencialidad: El celador debe ser consciente de la importancia de la confidencialidad de la información médica. Debe proteger la privacidad de los pacientes y garantizar que las muestras no estén expuestas a personas no autorizadas.

Colaboración con el personal de laboratorio: En el laboratorio clínico, el celador entrega las muestras al personal técnico o de laboratorio y, en algunos casos, puede proporcionar información adicional sobre las muestras si es necesario. La comunicación efectiva es esencial en esta etapa.

Manejo de situaciones inesperadas: En ocasiones, pueden surgir problemas durante el transporte, como muestras dañadas o errores en la documentación. El celador debe estar preparado para lidiar con estas situaciones de manera eficiente y comunicarlas al personal de laboratorio o al equipo de atención médica según sea necesario.

Cumplimiento de regulaciones y normativas: El celador debe seguir las regulaciones y normativas de seguridad y bioseguridad, especialmente si se manejan muestras infecciosas o peligrosas. Esto incluye el uso adecuado de equipo de protección personal (EPP) cuando sea necesario.

El celador juega un papel crucial en el transporte de muestras recogidas en planta para el laboratorio clínico, asegurando que estas lleguen de manera segura y en condiciones óptimas para su análisis. Su responsabilidad incluye la recepción, verificación, manejo adecuado, registro y entrega de las muestras, contribuyendo a la precisión y la eficacia de los procesos de diagnóstico médico.

5 Discusión-Conclusión

La principal recomendación del celador en el transporte de muestras desde la planta al laboratorio es la precisión y el cumplimiento estricto de los protocolos de seguridad. Esto implica:

Verificación meticulosa: Asegurarse de que las muestras estén debidamente etiquetadas y documentadas. Verificar que coincidan con la información del paciente y las órdenes médicas antes de la entrega.

Manejo cuidadoso: Manipular las muestras con delicadeza para evitar derrames o roturas. Conocer las condiciones de almacenamiento necesarias, especialmente si se trata de muestras sensibles a la temperatura.

Confidencialidad: Proteger la privacidad del paciente en todo momento. Evitar que las muestras estén al alcance de personas no autorizadas y respetar las normativas de seguridad de datos médicos.

Comunicación efectiva: Mantener una comunicación clara y precisa con el personal de laboratorio. Asegurarse de que el personal del laboratorio tenga toda la información necesaria para realizar los análisis correctamente.

Preparación ante problemas: Estar preparado para manejar situaciones inesperadas, como muestras dañadas o errores en la documentación. Comunicar de inmediato cualquier problema al personal correspondiente.

El celador desempeña un papel crucial en la integridad y la precisión de las muestras transportadas al laboratorio, lo que contribuye directamente a la calidad de los resultados médicos. La atención meticulosa a los detalles y el seguimiento riguroso de los procedimientos son esenciales para garantizar que las muestras lleguen en condiciones óptimas para su análisis.

6 Bibliografía

Pérez Alcocer, A. (2015). El papel del celador en el hospital.

Capítulo 794

TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL ÁREA FARMACEUTICA HOSPITALARIA

M CARMEN NAVARRO RAYA

SARAY RODRÍGUEZ

DIEGO GUZMÁN LOPEZ

JORGE GUZMÁN LÓPEZ

MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ

1 Introducción

El área de farmacia hospitalaria es una parte vital de cualquier hospital o centro de atención médica. Su función principal es garantizar la gestión eficiente y segura de los medicamentos utilizados en el tratamiento de pacientes hospitalizados y ambulatorios. Aquí se describen sus aspectos fundamentales:

Suministro de medicamentos: El área de farmacia hospitalaria es responsable de adquirir, almacenar y distribuir medicamentos. Esto incluye la dispensación de medicamentos recetados por médicos y la preparación de fórmulas farmacéuticas especializadas cuando sea necesario.

Control de inventario: La farmacia mantiene un estricto control del inventario de medicamentos para garantizar que siempre estén disponibles y que no haya

escasez ni desperdicio. Esto implica gestionar las fechas de vencimiento y la rotación de los medicamentos.

Seguridad del paciente: La farmacia hospitalaria es fundamental en la prevención de errores de medicación. Verifica que las dosis sean correctas, que no haya interacciones medicamentosas peligrosas y que se cumplan todas las normativas de seguridad.

Asesoramiento a profesionales de la salud: Los farmacéuticos hospitalarios ofrecen asesoramiento a médicos y enfermeros sobre la elección de medicamentos, las dosis adecuadas y la administración segura, contribuyendo a la atención de calidad al paciente.

Farmacovigilancia: El área de farmacia participa en la monitorización de efectos secundarios y reacciones adversas a los medicamentos, informando sobre eventos no deseados y garantizando una atención segura y eficaz.

Investigación y desarrollo: En algunos hospitales, la farmacia hospitalaria se involucra en la investigación y el desarrollo de nuevos tratamientos y protocolos farmacológicos.

Educación al paciente: Los farmacéuticos proporcionan educación a los pacientes sobre cómo tomar sus medicamentos correctamente, lo que es fundamental para el cumplimiento del tratamiento.

El área de farmacia hospitalaria es una parte esencial del sistema de atención médica, desempeñando un papel clave en la gestión segura y eficiente de los medicamentos. Su trabajo contribuye significativamente a la seguridad, la calidad de atención y la efectividad de los tratamientos médicos en el entorno hospitalario.

2 Objetivos

El objetivo que tenemos principalmente es mostrar las funciones que tiene el celador en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos

científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El celador desempeña un rol importante en el área de farmacia hospitalaria, apoyando diversas funciones para garantizar el flujo eficiente y seguro de medicamentos y suministros médicos. Aquí se describen las principales funciones del celador en esta área:

Recepción y almacenamiento de suministros: El celador recibe los suministros médicos y medicamentos que llegan a la farmacia y se asegura de que estén debidamente etiquetados y registrados. Luego, almacena estos suministros en áreas designadas, siguiendo los protocolos de organización y seguridad.

Distribución de medicamentos: Tras recibir una solicitud de medicamentos de las unidades de hospitalización o áreas ambulatorias, el celador ayuda en la preparación y distribución de los medicamentos. Esto puede incluir la recopiliación de medicamentos, el etiquetado adecuado y la entrega a las áreas correspondientes.

Control de inventario: El celador colabora en el mantenimiento de un inventario preciso de medicamentos y suministros médicos. Esto implica llevar un registro de las existencias, las fechas de vencimiento y el suministro disponible en todo momento.

Gestión de residuos: Asegurarse de que los residuos médicos y los envases vacíos se eliminen adecuadamente, siguiendo las normativas de seguridad y el manejo ambientalmente responsable.

Colaboración con el personal farmacéutico: El celador trabaja en estrecha colaboración con los farmacéuticos para garantizar la precisión en la dispensación de medicamentos y para resolver cualquier pregunta o problema relacionado con los medicamentos.

Seguridad y control de acceso: Mantener un control estricto del acceso a la farmacia, asegurando que solo el personal autorizado tenga entrada a las áreas de almacenamiento de medicamentos para prevenir el robo o el acceso no autorizado.

Apoyo en situaciones de emergencia: En casos de situaciones de emergencia, como desabastecimiento de medicamentos críticos, el celador puede ser llamado para ayudar en la búsqueda de alternativas y garantizar la continuidad de la atención médica.

Manejo de documentación: Colaborar en la gestión de la documentación relacionada con la farmacia, como registros de dispensación, registros de vencimiento y documentación de seguridad.

El celador desempeña un papel esencial en el área de farmacia hospitalaria al garantizar la recepción, almacenamiento y distribución eficientes y seguros de medicamentos y suministros médicos. Su trabajo contribuye significativamente a la seguridad del paciente y a la operación fluida de la farmacia, permitiendo que el personal farmacéutico se enfoque en la atención clínica y farmacéutica de calidad.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave del celador en el área de farmacia hospitalaria es mantener la precisión, la atención meticulosa y el respeto por la seguridad en todo momento. Esto implica:

Verificación constante: Asegurarse de que los medicamentos y suministros estén correctamente etiquetados, almacenados y distribuidos, siguiendo los procedimientos establecidos y evitando errores.

Comunicación efectiva: Mantener una comunicación abierta con el personal farmacéutico y de enfermería para abordar preguntas o inquietudes y garantizar la entrega precisa de medicamentos a las áreas de atención.

Cumplimiento estricto: Respetar rigurosamente las normativas de seguridad y los protocolos de control de acceso a la farmacia para evitar cualquier riesgo de robo o acceso no autorizado.

Registro y documentación: Llevar registros precisos y actualizados de existencias, fechas de vencimiento y entregas, contribuyendo a la gestión eficiente del inventario.

Atención a detalles: Prestar atención a los detalles en todo momento, desde la recepción de suministros hasta la distribución de medicamentos, para evitar er-

rores que puedan poner en riesgo la seguridad del paciente.

Al seguir estas recomendaciones, el celador contribuye significativamente a la seguridad y eficiencia en el área de farmacia hospitalaria, lo que es esencial para brindar atención médica de calidad y mantener la confianza de los pacientes y el personal de salud.

6 Bibliografía

Pérez Alcocer, A. (2015). El papel del celador en el hospital.

Capítulo 795

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL TÉCNICO SUPERIOR ADMINISTRATIVO EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DENTRO DEL HOSPITAL

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

1 Introducción

El sector de la salud es uno de los pilares fundamentales de cualquier sociedad, y los hospitales son lugares donde se brinda atención médica a quienes la necesitan. Dentro de estos complejos sistemas de atención médica, existen numerosos departamentos y roles que contribuyen al funcionamiento eficiente y la satisfacción del paciente. Uno de estos roles cruciales es el de auxiliar administrativo en las consultas externas de un hospital.

El auxiliar administrativo en el contexto hospitalario y bajo su papel esencial en las consultas externas del hospital tiene entre su función principal, servir de puente entre los pacientes, el personal médico y el sistema de salud en sí. A menudo, son el primer punto de contacto que tiene un paciente en el hospital antes de ser atendido por un médico. Por lo tanto, su rol abarca una amplia gama de tareas y responsabilidades que son cruciales para el flujo de trabajo eficiente, de alta calidad asistencial, y culminando con el bienestar de los pacientes.

Para la consecución de estos objetivos, la institución será la encargada de dar formación continua a sus trabajadores.

A lo largo de este capítulo, exploraremos en detalle la importancia y las responsabilidades de estos profesionales, así como su impacto en la calidad de la atención médica.

2 Objetivos

El presente trabajo tiene como objetivo dar a conocer las principales funciones y deberes de los auxiliares administrativos dentro del ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para la ejecución del presente trabajo se ha tenido en cuenta toda la información obtenida de varias páginas en internet, visualizando datos entre los diferentes buscadores ofrecidos en la web. Además se ha consultado también la bibliografía existente, referida al tema a tratar.

4 Resultados

Entre las principales tareas de un auxiliar administrativo en las consultas externas, podemos citar:

- **Recepción y Registro de Pacientes:** Uno de los principales deberes es recibir y registrar a los pacientes que acuden a las consultas externas. Esto implica asegurarse de que la información personal y médica del paciente se registren con precisión y de forma confidencial. Deben ser expertos en el manejo de registros médicos electrónicos y físicos, garantizando la privacidad y seguridad de la información del paciente.
- **Coordinación de Citas y Programación:** Los pacientes dependen de los auxiliares administrativos para programar sus citas médicas. Esto no solo implica asignar horarios de manera efectiva, sino también coordinar con otros departamentos y médicos para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada. La gestión eficiente del tiempo es crucial para evitar retrasos y tiempos de espera prolongados, lo que puede aumentar la satisfacción del paciente y mejorar la eficiencia general del hospital.
- **Manejo de Documentación Médica:** Se encargan de mantener y gestionar la documentación médica de los pacientes. Esto incluye asegurarse de que los reg-

istros estén actualizados y sean precisos, así como facilitar la transferencia de información médica entre diferentes departamentos y profesionales de la salud. La precisión en la documentación es esencial para garantizar un tratamiento efectivo y seguro para los pacientes.

- **Atención al Cliente y Comunicación:** Son el rostro amable y acogedor del hospital. Deben interactuar con pacientes y sus familias con empatía y comprensión, brindando apoyo emocional cuando sea necesario. Además, deben ser capaces de comunicarse eficazmente con el personal médico y otros departamentos para garantizar una atención coordinada y efectiva.
- **Gestión de recursos:** Esto incluye la gestión de suministros de oficina, la coordinación de la programación de citas de acuerdo con la disponibilidad de médicos y salas de consulta, y la administración de recursos financieros, como la facturación y el procesamiento de seguros médicos. Una gestión eficiente de estos recursos es crucial para el funcionamiento sin problemas de las consultas externas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, en este complejo sistema de atención médica, los auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial en las consultas externas hospitalarias. Actúan como enlace entre pacientes, personal médico y el sistema de salud, siendo a menudo el primer punto de contacto. Sus responsabilidades incluyen la recepción y registro de pacientes, coordinación de citas, manejo de documentación médica, atención al cliente con empatía y comunicación efectiva, y gestión de recursos. Estas tareas son esenciales para garantizar un flujo de trabajo eficiente y una atención de alta calidad, mejorando la satisfacción del paciente. Además, la formación continua proporcionada por la institución es crucial para que los auxiliares administrativos desempeñen su rol de manera efectiva, contribuyendo así al bienestar de los pacientes y al éxito general del hospital.

6 Bibliografía

- Editorial MAD
- Auxiliar administrativo en salud: funciones | Indeed.com México
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Capítulo 796

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DEL ALMACÉN

FRANCISCO JOSÉ VERGAZ TORRECILLA

PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS

NURIA CARRASCO MURILLO

ANA MARÍA BARRAJÓN EXPÓSITO

MARINA GUERRERO GARCIA

1 Introducción

Debido al gran tamaño de un centro hospitalario existen dentro del mismo muchas áreas diferentes. Sin estas divisiones entre distintas áreas no sería posible el correcto funcionamiento, ya que la necesidad y por tanto también su forma de organización son completamente diferentes. En este capítulo vamos a centrar nuestra atención en una gran olvidada dentro del hospital pero que es necesaria para garantizar el correcto funcionamiento del mismo, el almacén.

Los almacenes hospitalarios son los lugares dentro de un edificio destinado, estructurados y planificados para llevar a cabo funciones de almacenamiento tales como: Recepción, custodia, conservación, control, expedición de mercancías, productos, medicamentos, etc.

El almacén es también el encargado de regular el flujo de existencias disponibles y de su distribución a las distintas plantas del hospital. El trabajo conjunto de

auxiliares administrativos, celadores y jefes de almacén permite que cualquier pedido llegue en el tiempo deseado a cualquier parte del hospital, evitando tanto las rupturas de stock de los productos como que algunos de ellos se caduquen antes de que sean necesarios. Esto es especialmente difícil debido a la gran cantidad de materiales que son necesarios en un hospital, por ello es necesario un muy buen trabajo de todas las partes implicadas.

2 Objetivos

Los objetivos principales de este capítulo son describir la importancia que tiene el auxiliar administrativo en la gestión de un almacén hospitalario y de su coordinación con el resto del equipo del almacén.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda y una revisión bibliográfica en los principales artículos, así como en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, así como en buscadores como Google con palabras clave funciones auxiliar administrativo en el almacén, almacén hospitalario, gestión del almacén.

4 Resultados

Como hemos dicho podemos dividir el hospital en diversas zonas o áreas, y dentro de estas además, podemos encontrar otras subdivisiones.

Algo parecido ocurre con el almacén, ya que al acoger dentro del mismo tantos materiales diferentes es preciso subdividirlo.

Estas divisiones facilitan tanto un correcto almacenaje como un correcto inventariado.

Podemos dividir por tanto el almacén en dos partes: el almacén de farmacia y el almacén general.

-Almacén de farmacia: Por lo general la extensión es mucho menor que la del almacén general pero su importancia, sin embargo, es mucho mayor.

En este se almacenan medicamentos y materiales más delicados con una fecha de caducidad. Por tanto su control debe ser minucioso para evitar tanto una ruptura de stock como tener que desechar productos caducados.

-Almacén general: en este se almacenan todo tipo de productos necesarios a diario en cualquier parte del hospital, muchos de ellos necesitan un gran volumen de espacio pero no son tan delicados como en el almacén de farmacia.

Además dentro del almacén general podemos a su vez dividirlo en áreas para aparataje, materiales fungibles, equipos de mantenimiento, equipos quirúrgicos, lencería, etc, que facilitarán la gestión.

Otro de los aspectos más importantes de un almacén, además de su correcta organización, es como se gestiona la entrada y salida de mercancías. Sin un correcto registro sería imposible su funcionamiento y es ahí donde más importancia cobra la figura del auxiliar administrativo como el encargado de gestionarlo correctamente y en tiempo real.

Algunas de sus funciones más importantes por tanto son la gestión de albaranes de entrada y salida de mercancías, impresión, mecanización, cumplimentación de todo tipo de documentación del almacén, notificar al jefe de almacén de los procesos que se realizan, elaboración y cumplimentación de pegatinas de devolución...

Además dentro del propio almacén también deben ser los encargados del etiquetado de estanterías de almacenaje, reclamar las mercancías que no han llegado, preparar los listados de material disponible, etc.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos determinar que las funciones que el auxiliar administrativo realiza en un almacén son de suma importancia para el correcto funcionamiento del mismo y esto permite el funcionamiento normal del hospital.

Los diversos servicios de que dispone un hospital necesitan la reposición diaria (en muchas ocasiones más de una vez al día) de todo tipo de materiales. Sería imposible un control del mismo sin el trabajo conjunto de todo el personal de almacén pero aún más sin un correcto control de albaranes de entrada y salida, inventariado, control de fechas de caducidad y stock disponible en tiempo real.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- Pubmed - <https://administracion.formacionalcala.es/>
- <https://congresosicepa.com>

- <https://hospitalsancamilo.gov.co/images/documentos/manual-funciones/auxiliar-administrativo-almacen.pdf>
- <https://ocronos.com/libros-publicados-isbn/almacen-hospitalario/>

Capítulo 797

EL CELADOR. MÉTODOS PARA LA COLOCACIÓN DEL PACIENTE

MARIA PILAR ESCOBAR INFANTE

ISABEL MARIA SARRIA ARROYO

1 Introducción

Una colocación correcta del paciente es básica y fundamental para mantener la alineación corporal y el confort del mismo; es necesaria e imprescindible para prevenir complicaciones posteriores que pueden ocasionar todo tipo de lesiones. Los cambios posturales de un paciente encamado se emplean para: facilitar la exploración, pruebas diagnósticas, aseo diario, cambios de postura para la prevención de lesiones derivadas de la inmovilidad, así como para favorecer el bienestar y la comodidad del paciente. Las posiciones anatómicas son de mucha importancia, ya que ayudan principalmente a que el paciente esté cómodo y así facilitar al personal de salud a realizar los procedimientos necesarios en el caso que se requiera. Los cambios posturales en pacientes encamados, generalmente ancianos, son muy importantes a la hora de prevenir la aparición de úlceras por presión. Los cambios posturales los puede ejecutar cualquier persona que haya aprendido a manejarlos. En el ámbito hospitalario, son los celadores los que los practican, aunque es una labor compartida por todos los sanitarios. Esto se ve mejor a la hora del aseo de un paciente encamado o de curar una úlcera por presión o herida, ya que participan enfermería, auxiliar y celador. Cuando un paciente encamado llega a la unidad de hospitalización, la enfermera, en la valoración inicial que hace al paciente, incluirá la necesidad de cambios posturales y la frecuencia de estos.

2 Objetivos

Exponer los métodos de colocación del paciente de los cuales es encargado el propio celador.

Abordar las competencias técnicas requeridas por los celadores para su colaboración en la movilización de pacientes.

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.

4 Resultados

Colocación del paciente hemipléjico semisentado:

- Elevar la cabecera de la cama entre 45° y 60°.
- Colocar al paciente en posición sentada, lo más recto posible.
- La cabeza debe descansar en una almohada pequeña, con la barbilla ligeramente hacia adelante. Si el paciente es totalmente incapaz de controlar el movimiento de la cabeza, debe evitarse la hiperextensión cervical.
- Flexionar las rodillas y caderas con una almohada o sábana doblada bajo las rodillas.
- Sujetar los pies en flexión dorsal con una almohada firme, tabla para los pies o bombas especiales.

Colocación del paciente en posición supina:

- Colocar al paciente sobre su espalda, con la cabecera de la cama plana.
- Colocar una toalla pequeña enrollada bajo la zona lumbar.
- Colocar una almohada bajo los hombros, el cuello o la cabeza.
- Colocar cojines o sacos de arena en la región trocantérea (zona paralela a la superficie lateral de los muslos del paciente).
- Colocar una almohada pequeña o cojín bajo los tobillos, para subir los talones.
- Colocar una tabla para los pies o almohadas firmes en las plantas de los pies.
- Colocar almohadas bajo los antebrazos, que estarán en posición prona (boca abajo), manteniendo los brazos paralelos al cuerpo del paciente.
- Colocar cojines bajo las manos del paciente. Hay que considerar la utilización de férulas en las manos para terapia física.

Colocación del paciente hemiplégico en posición supina:

- Colocar la cabeza en posición plana.
- Colocar una toalla doblada o una almohada pequeña bajo el hombro o lado afectado.
- Mantener el brazo afectado lejos del cuerpo, con el codo extendido y la palma hacia arriba.
- Colocar una toalla doblada bajo la cadera de la pierna afectada.
- Flexionar la rodilla afectada 30°, y apoyarla sobre una almohada o manta doblada.
- Sujetar el pie con almohadas mullidas, formando un ángulo correcto con la pierna.

5 Discusión-Conclusión

El celador tiene que conocer los riesgos y complicaciones que puede acarrear una mala colocación del paciente dependiendo de las lesiones que padece; así mismo, debe de conocer todos los pasos a seguir y las técnicas y posturas apropiadas en cada caso, para evitar el agravamiento de las diferentes patologías que pueda tener cada persona. Es fundamental aplicar las posturas correctas para cada necesidad, tanto por el bienestar y salud del propio paciente que lo padece, como por la necesidad de disponer de todos los recursos sanitarios posibles para poder ofrecer la mejor prestación asistencial y sanitaria al resto de la población.

6 Bibliografía

scielo, pubmed.

Capítulo 798

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA

PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS

FRANCISCO JOSÉ VERGAZ TORRECILLA

NURIA CARRASCO MURILLO

ANA MARÍA BARRAJÓN EXPÓSITO

MARINA GUERRERO GARCIA

1 Introducción

Un centro hospitalario está compuesto por un gran número de servicios. Cada uno de ellos están especializados en una función concreta y así garantizar la mejor atención posible para cada paciente según sus necesidades concretas.

El servicio en el que hoy vamos a centrarnos es el de pediatría, un servicio especializado en tratar las necesidades de los pacientes desde su nacimiento hasta que cumplen 14 años.

Es importante entender que en este tipo de servicios tanto pacientes como acompañantes tienen unas necesidades especiales y por tanto el auxiliar administrativo debe realizar su trabajo con especial empatía hacia ellos. Se exige la coordinación de un gran número de profesionales, tanto personal sanitario como no sanitario: médicos, enfermeras, técnicos auxiliares de enfermería, técnicos de imagen para el diagnóstico, celadores, auxiliares administrativos, etc.

Para permitir que todos puedan realizar el mejor trabajo, de forma coordinada, clara y de la forma más rápida posible, contamos con la figura del auxiliar administrativo para la citación, recepción y admisión de los pacientes.

Además también es el encargado en muchas ocasiones de recordar pacientes y acompañantes las pruebas pendientes o los pasos que deben seguir tras la llegada al servicio de pediatría, por tanto es importante que su comunicación sea clara y cercana.

2 Objetivos

Mostrar la importancia del auxiliar administrativo en el servicio de pediatría, desde la llegada de los pacientes hasta que se marchan.

3 Metodología

Para la elaboración de este 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.

4 Resultados

Algunas de las principales funciones del auxiliar administrativo en el servicio de pediatría de un centro hospitalario son:

- Atención tanto presencial como de manera telefónica de pacientes y familiares que acompañan a estos
- Asignación de citas, intentando siempre evitar traslados innecesarios y consiguiendo la mayor celeridad posible
- Gestión y petición del material necesario en el servicio de pediatría, asegurando que no haya rupturas de stock
- Asignación de pacientes a cada profesional y actualización de los avances de los mismos
- Apertura y organización de agendas y citas, evitando tanto la sobrecarga de trabajo como las listas de espera en función de los medios disponibles.
- Realización de informes, copias e impresiones del servicio de pediatría.
- Gestión de interconsultas en el hospital, consiguiendo un diagnóstico fiable con la mayor celeridad posible.

- Control y estadísticas de los profesionales del servicio.
- Control de días y horarios del personal.

Como cualquier servicio especializado el servicio de pediatría necesita que el auxiliar administrativo maneje un gran número de datos. Cualquier paciente ya sea ingresado o que llega al servicio de urgencias pediátricas necesitará varias pruebas hasta su alta definitiva o ingreso.

Es importante informar en todo momento a niños y familiares de los pasos a seguir de forma clara y cuantas veces sean necesarias. En la mayoría de casos es necesario realizar interconsultas con otros servicios del hospital y es importante la asignación de citas de forma correcta para realizar todo con la mayor celeridad posible, comprobando que no se solapen entre ellas y evitando viajes innecesarios de los pacientes pediátricos. Esto facilitará además que los propios profesionales puedan realizar su trabajo de la mejor forma posible, sepan en todo momento donde, que están realizando al paciente y cuando estará de nuevo en su habitación.

5 Discusión-Conclusión

Debido a las características concretas del servicio de pediatría el auxiliar administrativo varía sus funciones con respecto a otros servicios hospitalarios. Es necesario que la atención sea diferente, ya que en este servicio acuden niños y familias con cualquier tipo de patología. Debemos facilitar al máximo la comprensión de cualquier tipo de información que les proporcionemos, explicando de forma amable y amena cualquier duda que les pueda surgir.

En definitiva, es necesaria la coordinación de todo el personal, tanto sanitario como no sanitario, para facilitar que el auxiliar administrativo, dentro de lo posible, les realice una citación lo más cómoda posible para evitar desplazamientos innecesarios y perjudicar lo menos posible la salud del niño.

6 Bibliografía

<https://seviciopediatria.com>

www.chospab.es

Pubmed: palabras clave "pediatric schedule"

Capítulo 799

EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN Y EL CUIDADO DE PACIENTES CON ICTUS

ISABEL MARIA SARRIA ARROYO

MARIA PILAR ESCOBAR INFANTE

1 Introducción

Un ictus es una enfermedad cerebrovascular, más conocida normalmente como infarto cerebral o embolia, afecta a los vasos sanguíneos que llevan sangre al cerebro, se debe a la interrupción momentánea o definitiva del riego sanguíneo a alguna parte del cerebro, esto ocurre de manera repentina. Esta enfermedad es la primera causa de muerte o invalidez en mujeres y segunda en hombres en nuestro país, motivo más que suficiente para prestarle gran atención y necesitar de códigos y unidades muy específicas en su tratamiento, es decir, requiere atención urgente y especializada. Según el mecanismo de la lesión se distinguen dos tipos de ictus: isquémico y hemorrágico, pacientes con síntomas muy similares pueden estar desarrollando un tipo de ictus distinto. El celador es la persona que recibe y traslada al paciente, primeramente al departamento de admisión, decidiendo si es conveniente su traslado en silla de ruedas o en camilla según su estado, y la movilidad que presente. También será el responsable de su traslado a la sala de estabilización y finalmente trasladará al mismo a la ubicación asignada. El celador también será la persona encargada junto al equipo sanitario de su cuidado y atención durante su estancia en la unidad de ictus.

2 Objetivos

- Conocer el papel del celador desde la entrada de un paciente ictus.
- Conocer las consecuencias de inmovilización del paciente y como prevenirlas.

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 los libros y también se han consensuado artículos de importantes bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline. Seleccionando solo artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Ante este tipo de pacientes, la rapidez y la calidad asistencial desde el primer momento son claves para la salud y avance o retroceso de la enfermedad. Cuando falla alguna parte del encéfalo y por consiguiente se produce un ictus nos podemos encontrar con alteraciones del lenguaje, alteraciones de la función motora como incoordinación, o debilidad, por ejemplo, alteraciones de la sensibilidad y visuales. En función de cuáles sean las alteraciones, será el tratamiento de las mismas. Ante el cuidado del paciente, su aseo y movilización cobra gran importancia el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y los celadores. En primer lugar, el aseo es fundamental para evitar infecciones, en caso de que el paciente sea capaz de su cuidado, nunca dejarlo solo, pues el riesgo de caída es elevado. Si el paciente por su estado debe estar a reposo, el aseo será en la cama, y se deberá hidratar la piel para evitar úlceras por presión. Se evitará el uso de colonias que resecan la piel.

En cuanto a la movilización y rehabilitación, se debe tener en cuenta que la piel de un paciente tras sufrir un ictus es muy sensible, y algunas zonas serían muy propensas a la aparición de úlceras. Si es posible contaremos con un colchón de aire alternante para que distribuya la presión de las zonas propensas a úlceras. En función de las secuelas que haya producido el ictus, el auxiliar y celador deberán mover al paciente al sillón o indicar a familiares cómo pueden ayudarlo a hacerlo si la movilidad por si solo se lo permite.

Cuando la movilización sea escasa o reducida, TCAE y celador deberán proporcionarle cambios posturales cada 2-3 para evitar las comentadas úlceras.

- En cuanto al estado psicológico, el TCAE y celador, son las personas que más tiempo pasan con el paciente, que tras sufrir un ictus puede tener cambios bruscos de estado de ánimo, así que deberán estar atentos y brindar apoyo en la medida de lo posible, pero siempre siendo realista y no dando falsas esperanzas.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE y el celador es fundamental en el cuidado de una persona que ha sufrido ictus, y que probablemente pase una larga temporada sin moverse o haciendo muy poco, lo que puede producir úlceras, pérdida de masa muscular, pérdida de equilibrio, disminución de la sensibilidad. Una buena praxis y prácticas adecuadas basadas en recomendaciones científicas ayudarán en la mejoría y/o recuperación del paciente, por lo que el equipo sanitario y no sanitario, deben conocer cuáles son las técnicas para realizar movimientos al paciente, con qué frecuencia realizar esos cambios posturales, como evitar o tratar la proliferación de úlceras, y conocer cómo debe ser su aseo y tratamiento personal, ya que cabe recordar que el paciente puede sentirse sensible emocionalmente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 800

INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

ALEXANDRA ARANDA ROMERO

BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ

CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN

SILVIA EXPOSITO

ANGELA GUIRADO MARTOS

1 Introducción

La esclerosis múltiple se define como enfermedad degenerativa y progresiva del sistema nervioso central (médula espinal y cerebro). Afecta a más de 50.000 personas en España. Entre los 20-40 años de edad se empieza a manifestar, 3 de cada 4 casos son mujeres.

Se trata de una enfermedad inflamatoria desmielinizante, lo que significa que está causada por el daño a la mielina, una capa protectora encargada de aislar los nervios que actúa de forma parecida a la cubierta de un cable eléctrico. El daño/pérdida de mielina y fibras nerviosas conlleva que los impulsos nerviosos que van y vienen del cerebro se distorsionen o se interrumpan. Esto produce los diversos síntomas de la esclerosis múltiple: fatiga inusual, trastornos

visuales, espasticidad, mareos, vértigos, problemas sensoriales como entumecimiento, cosquilleos y dolor, problemas para controlar la vejiga y los intestinos, problemas de sexualidad, trastornos del sueño, cognitivos o emocionales, problemas en el habla, temblores, etc.

Los distintos tipos de esclerosis múltiple son determinados por:

- Patrón de recidivas: brotes o agudización de los síntomas de la esclerosis múltiple.
- Ritmo de progresión de la discapacidad.

Se clasifican como:

- Síndrome clínico aislado.
- Esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR).
- Esclerosis múltiple primaria progresiva (EMPP).
- Esclerosis múltiple secundaria progresiva (EMPS).

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es exponer a través de un caso clínico la sintomatología y el tratamiento desde terapia ocupacional de una mujer con esclerosis múltiple.

3 Caso clínico

Mujer de 50 años diagnosticada de esclerosis múltiple remitente-recurrente desde marzo de 2013.

Tras sufrir primer brote en marzo sufre como secuela una hemiparesia izquierda con predominio del miembro superior con alteración de la sensibilidad (hiposensibilidad), además de estereognosia severa y alteración barognósica media. Alteración de la propiocepción y cinestesia del miembro superior derecho. Puede hacer uso del brazo siempre y cuando haya un control visual en aquellas actividades que no requieran de destreza fina.

Vive en Málaga cerca de la playa, actualmente divorciada y es madre de 2 hijas. Ha sido una persona trabajadora, trabaja como maestra en un colegio pero actualmente se encuentra de baja.

Además de tener vocación por su trabajo, siempre le ha gustado mucho todo lo relacionado con las tareas del hogar en especial la cocina.

Le gustaba mucho salir a pasear, hacer reír y animar a la gente pero desde que ha sufrido el brote su vida social se ha visto afectada.

Es una persona muy perfeccionista con una personalidad y carácter fuerte.

Movilidad general funcional, realiza marcha y transferencias sin ayuda y no presenta riesgo de caídas. No presenta deterioro cognitivo tras evaluación neuropsicológica.

Su hija se ha ido a vivir con ella tras este suceso, pero la paciente cree que puede hacer menos de lo que su hija piensa que puede hacer y esto, provoca enfrentamientos entre ambas.

La paciente siente miedo a la hora de realizar cualquier actividad. No sale de casa, no cocina ni realiza ninguna actividad actualmente.

A ella le gustaría volver a su trabajo y gestionar todas las tareas del hogar, aunque actualmente siente mucho miedo.

Afectación de las actividades básicas de la vida diaria y las instrumentales debido a la hemiparesia y alteraciones sensitivas.

Tras acudir a la asociación de esclerosis múltiple, asiste al departamento de terapia ocupacional y se le realiza la siguiente evaluación:

- FIM-FAM: para valoración de ABVD.
- Valoración de la sensibilidad en base a las alteraciones presentes para conocer la gravedad de las mismas.
- Observación en el hogar, para ver a nivel funcional sus capacidades y cómo compensa a la hora de realizar las actividades, cuáles son sus estrategias.
- Lawton y Brody para la valoración de AIVD.

Tras dicha valoración se observan los siguientes resultados:

- FIM-FAM: los apartados que valoran la cognición estarían bien. Con respecto a los apartados que valoran las ABVD, en algunas actividades necesitará ayuda como por ejemplo en el vestido, ya que quizás le cueste abrochar botones o ponerse el sostén. Pero es capaz de realizar muchas de las actividades de forma autónoma siempre y cuando controle visualmente en todo momento lo que está haciendo.
- Valoración de la sensibilidad: podremos valorar de forma directa todas aquellas alteraciones descritas en el informe de la paciente (propiocepción, barognosia, estereognosia, hiposensibilidad...).
- Observación en el hogar: se observa cómo la paciente bajo control visual puede realizar gran parte de las tareas sin ayuda. Le cuesta realizar actividades en las que tenga que manipular objetos pequeños debido a la hemiparesia izquierda y las alteraciones sensitivas. La hemiparesia no se debe a un problema de reclutamiento muscular, sino más bien lo que ocurre es que envía la orden de movimiento y la mano no realiza el movimiento esperado, lo que le provoca ese miedo a la hora de realizar las actividades, ya que piensa que todo se le va a caer y no va a poder conseguir realizar nada. Esta observación en el hogar tam-

bién permite ver las adaptaciones que pueda necesitar la paciente y las barreras que puede encontrarse y que le dificulten la realización de actividades en este entorno.

-Lawton y brody: es capaz de realizar muchas actividades instrumentales, sobre todo las que se realizan en el hogar, siempre y cuando las realice con el tiempo que necesita y bajo control visual. Cuando se realizan actividades fuera del hogar necesita la compañía de otra persona.

Tras valoración se establecen unos objetivos:

- Mejorar la autonomía en las ABVD y AIVD.
- Recuperar los roles perdidos.
- Mejorar las alteraciones sensitivas en ambos miembros superiores.
- Reducir los miedos a través de la observación de los resultados obtenidos tras cada sesión.
- Mejorar la manipulación de objetos.

Una vez establecidos se comenzará con la intervención:

- Uso del modelo de ocupación humana para esa mejora de la autonomía en las ABVD-AIVD y recuperación de roles. Con ello conseguiremos motivar a la paciente y reducir los miedos que tiene sobre sus capacidades, haciéndola ver que tiene más capacidades de las que piensa.
- Trabajo a nivel sensorial con objetos de diferentes texturas, búsqueda de objetos sin la visión y reconocimiento de los mismos, uso de bandas de kinesiotape para trabajar la propiocepción, uso de objetos que tengan que ser cogidos con la misma posición de la mano pero que la fuerza que haya que ejercer en ellos para levantarlos de la mesa sea diferente (ejemplo un vaso de plástico con agua y sin ella), cepillado de los miembros superiores, uso de vibración, tiras elásticas alrededor el miembro superior izquierdo para una mayor integración del mismo mientras realiza actividades.
- Realización de dos tareas a la vez para trabajar la manipulación de objetos y que salga de forma automática, así mejorará el uso de ambos miembros superiores y la realización de las actividades sin tanto control visual.
- Adaptaciones: abrochador de botones, cubiertos engrosados cubriendo esos cubiertos engrosados con un material de textura no lisa (ejemplo, algún material de silicona y que en este material haya algún dibujo, algo que aumente su sensibilidad cuando tenga el cubierto en la mano), asideros en el baño, uso de silla de ducha, preparación previa del material antes de realizar la actividad.

4 Discusión-Conclusión

La esclerosis múltiple es una enfermedad progresiva del SNC (cerebro y médula espinal). Se trata de una enfermedad degenerativa que afecta a mas de 50.000 personas en España. Entre los 20-40 años de edad se empieza a manifestar, 3 de cada 4 casos son mujeres.

En el caso de nuestra paciente, el diagnóstico de esclerosis múltiple y el brote sufrido le ha llevado a sufrir una discapacidad y afectación en las diferentes áreas ocupacionales. Uno de los objetivos fundamentales que nos planteamos con la paciente es llevar a cabo un abordaje desde terapia ocupacional que contemple la rehabilitación y la recuperación funcional con el fin de recuperar autonomía en sus actividades de la vida diaria, ocio y tiempo libre y en el trabajo.

Para cerrar el caso me gustaría añadir que además de la visión del terapeuta ocupacional y los objetivos establecidos, es importante tener en cuenta que la paciente será tratada por otros profesionales y que es muy importante tratar con ellos nuestra visión, que ellos nos den la suya y establecer objetivos comunes para mejorar la salud y el bienestar de la paciente.

5 Bibliografía

1. Esclerosis múltiple: MedlinePlus enciclopedia médica. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000737.htm>. Accessed 4 Sept. 2023.
2. Actividades de la vida diaria: hemiplejia y hemiparesia- Cerfid. 23 June 2023, <https://cerfid.com.pe/blog/actividades-de-la-vida-diaria-hemiplejia-y-hemiparesia/>.
3. Humanizando La Valoración Del Terapeuta Ocupacional En Pacientes Con Trastorno Mental Grave - Cursos FNN. <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-9/humanizando-la-valoracion-del-terapeuta-ocupacional-en-pacientes-con-trastorno-mental-grave/>. Accessed 4 Sept. 2023.

Capítulo 801

INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN PACIENTE CRÓNICO

ALEXANDRA ARANDA ROMERO

BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ

SILVIA EXPOSITO

ANGELA GUIRADO MARTOS

CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN

1 Introducción

El ICTUS conocido como accidente cerebrovascular afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. Puede tratarse de una hemorragia cerebral, cuando uno de estos vasos se rompe conocido como ictus hemorrágico o de un infarto, si una arteria se obstruye y no permite que la sangre se distribuya, conocido como ictus isquémico.

La mayoría de los pacientes que sobreviven a un ictus tendrán secuelas que limitarán su independencia funcional y su calidad de vida se verá afectada. Entre las secuelas más importantes se encuentran:

- Déficit cognoscitivos. Los problemas de cognición pueden ser reversibles y transitorios. Se puede afectar la atención, la comprensión, la orientación en persona, espacio y tiempo, la memoria, las funciones ejecutivas.
- Además, se puede dar heminegligencia, es la disfunción cognitiva más habitual en los ictus de hemisferio derecho.
- Afectación del lenguaje. El lenguaje verbal o escrito se puede ver afectado tras una lesión del hemisferio izquierdo. Los problemas que se pueden dar son los siguientes: afasia de predominio sensitivo verbal y/o motor, alexia, anomia, disartria, disfonía.
- Alteraciones psicopatológicas y conductuales como emocionalismo o risa y llanto patológico, fatiga post-ictus, reacción catastrófica, apatía, anosognosia, cambios en la conducta social.
- Problemas de control motor como disfagia, control de esfínteres, problemas de equilibrio y coordinación, hemiplejías, hemiparesias..

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es exponer a través de un caso clínico la sintomatología y el tratamiento desde terapia ocupacional de un paciente que ha sufrido un ictus.

3 Caso clínico

Varón de 32 años que en 2016 que sufre un ICTUS con afectación en protuberancia.

Licenciado en matemáticas, es profesor de Secundaria en un instituto. Tiene a sus dos padres y a su pareja.

Antes de sufrir el ICTUS, trabajaba y vivía con su pareja en un pueblo de Madrid, con planes de futuro.

Después del ICTUS, se ha mudado a casa de sus padres, ya que el piso es adaptado y la casa donde vive con su novia no está adaptada. Sus padres son los cuidadores principales y su novia sigue trabajando. Dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria y una dependencia moderada para las AIVD. No está trabajando actualmente. Recibe tratamiento diariamente y está muy motivado con el tratamiento.

Es una persona muy activa, le apasiona su trabajo. Tiene una peña con la que jugaba al fútbol todas las semanas, le gusta montar a caballo. Le gusta vestir

con chaqueta y camisa entre semana y de sport los fines de semana. Actualmente no participa en ninguna actividad productiva.

Tras sufrir el ICTUS presenta leve alteración de la sensibilidad superficial principalmente de zona distal en mano derecha y hemicara derecha, capaz de mantener sedestación pero aunque es capaz de mantener bipedestación presenta patrones de inestabilidad. No realiza marcha independiente por grave alteración del equilibrio dinámico. Las distancias largas las realiza en silla de ruedas que él no autopropulsa y en espacios reducidos camina apoyado en otra persona. Diplopía y desviación facial derecha. Comprende el lenguaje pero presenta dificultad articulatoria y habla poco fluida. Disfagia a líquidos y dificultad para masticar.

Le gustaría mejorar la estabilidad y caminar de forma independiente, mejorar la diplopía, comer de todo, ser independiente en AVBD, volver a vivir con su pareja en su vivienda e incorporarse al trabajo.

Existe una alteración de los roles como pareja, profesor y amigo, ya que el paciente actualmente no convive con su pareja y no tiene vida social con su pareja y amigos y está de baja laboral, actualmente está centrado en su tratamiento y no realiza ninguna actividad de ocio ni productiva.

Sus actividades de la vida diaria básicas e instrumentales están afectadas debido a sus problemas de diplopía, problemas vestibulares, problemas del habla y problemas de deglución.

Al año de sufrir el ICTUS acude a la asociación de daño cerebral de Madrid y desde el departamento de Terapia Ocupacional se realiza una valoración que consiste en:

- COMP para establecimiento de objetivos y metas.
- FIM-FAM para valorar AVDB.
- Índice de Lawton y Brody para valorar las AVDI.
- Valoración de la marcha y equilibrio a través de la Escala de Tinetti.
- Valoración de la sensibilidad completa.
- Valoración de las destrezas de la mano derecha mediante la prueba Nine Hole Peg Test aunque no se aprecien signos motores pero al presentar leve pérdida de sensibilidad valorar a nivel de destrezas motoras de la mano.
- Valoración del entorno: casa, barrio.
- Valoración de praxias bucofaciales.
- Valoración de la deglución junto con el departamento de logopedia.
- Valoración del habla motora junto con el departamento de logopedia a través del Test de Boston para el Diagnóstico de las Afasias, TBDA.
- Valoración de la diplopía por parte del optometrista.
- Listado de intereses.

- Listado de roles.

Una vez realizada la valoración se obtienen los siguientes resultados:

- COMP: entre las metas a conseguir estarán volver a su domicilio con su novia, incorporarse a su puesto de trabajo, ser independiente en todas las ABVD, poder comer de todo y mejorar su diplopía.
- FIM-FAM: Dependencia leve en las actividades básicas necesitando ayuda en algunas actividades en las que necesita que le preparen algunos elementos para llevarla a cabo como en la ducha debido a sus problemas de equilibrio, a la hora de coger la ropa, coger los utensilios para comer, deambulación con ayuda de otra persona y en las transferencias, etc. además sus problemas de diplopía afectan a su autonomía.
- Índice de Lawton y Brody: dependencia moderada, dependiente en las tareas del hogar, no participa de forma activa, uso de medios de transporte solo si va acompañado, necesitan que le preparen la comida y se la sirvan, le tienen que lavar su ropa, no es capaz de realizar la compra, la realiza si va acompañado.
- Escala de Tinetti: alteración del equilibrio con ojos cerrados, si se le da un empujón, cuando realiza giro de 360 grados. Alteración en la marcha, no es capaz de comenzar la marcha, realizar trayectoria, simetría de los pasos, etc. todo afectado por sus graves problemas de equilibrio en dinámico. La diplopía también afecta a la marcha y equilibrio.
- Valoración de la sensibilidad: sensibilidad superficial afectada en zona distal del miembro superior derecho y en hemicara derecha, con la valoración completa podremos valorar de forma directa si existe más alteraciones de la sensibilidad en otras zonas del cuerpo y si hay afectada alguna sensibilidad más y no solo la superficial como barognosia, propiocepción, hiposensibilidad, etc.
- Prueba Nine Hole Peg Test: aunque no se aprecia afectación motora al tener afectación de la sensibilidad superficial de la mano puede tener alguna dificultad de destreza manual y se puede apreciar en dicha prueba.
- Su entorno no está adaptado, teniendo barreras arquitectónicas, 5 escaleras para acceder a la entrada, 2 plantas.
- Valoración de praxias bucofaciales: no completa el cierre de la boca, pérdida de fuerza en los labios y lengua, desviación de la boca hacia la derecha, dificultad para realizar apertura de la boca, movimientos de la lengua.
- Valoración de la disfagia: dificultad para tragar líquidos y masticar y crear el bolo alimenticio, afectación en el mecanismo de procesado, transporte y seguridad.
- Test de Boston para el Diagnóstico de las Afasias, TBDA: afectación en la expresión oral y lectura y praxis.

- Listado de intereses, interés por volver a jugar al fútbol, montar a caballo.
- Listado de roles, su rol como pareja, amigo y trabajador se ha visto afectado.

A continuación se establecen unos objetivos específicos.

- Mejorar las alteraciones sensitivas en el miembro superior y cara.
- Mejorar su capacidad de deglución, masticación y movimientos de la lengua.
- Mejorar la articulación de las palabras, tono de voz y velocidad.
- Mejorar su equilibrio y marcha.
- Volver a vivir con su pareja.
- Volver a su puesto de trabajo.
- Mejorar su diplopía, se trabajará junto con el optometrista.

Una vez establecidos se comenzará con la intervención:

- Usaremos el modelo de ocupación humana (MOHO) para mejorar la autonomía en las ABVD, AIVD y recuperación de roles e intereses. Potenciando las capacidades que preserve para conseguir más autonomía y poder recuperar sus roles como pareja, amigo y profesor.
- Intervención a nivel sensorial tanto con manos como en la zona de cara y lengua a través de diferentes texturas.
- Intervención en el entorno: adaptación del entorno tras valoración previa o búsqueda de otra vivienda en el caso que lo pudiesen hacer, vivienda de una sola planta además se podría intervenir en el entorno para el trabajo de ciertas actividades de la vida diaria.
- Intervención de la diplopía junto con el optometrista, desde el departamento de terapia ocupacional se diseñarán y supervisarán actividades dirigidas a trabajar los déficits visuales mediante entrenamientos de ayudas ópticas y no ópticas para favorecer la autonomía funcional, enseñar a usar técnicas y adaptar el entorno. Además, en el entorno se podrá trabajar la orientación y movilidad.
- Ejercicios de reacciones de equilibrio y marcha para la mejora de la bipedestación y la marcha, se trabajará con el departamento de fisioterapia.
- Exploración de productos de apoyo que le faciliten la independencia en actividades de la vida diaria, como silla de baño, asideros, etc. sus problemas de equilibrio afectan también en el desempeño de algunas actividades de la vida diaria.
- Junto con el departamento de logopedia se trabajará la mejora de la deglución de líquidos como la masticación y formación del bolo a través de abordajes compensatorios (maniobras rehabilitadoras, adaptación de alimentos, mejora del entorno) y abordajes rehabilitadores.
- Junto con el departamento de logopedia se trabajará la disartria a través de ejercicios de entonación, lectura, conversaciones con el terapeuta sobre un tema a elegir, realizar actividades instrumentales en las que se tenga que conversar

con otros como ir a hacer la compra, ir al banco, llamar por teléfono, etc.

4 Discusión-Conclusión

El ICTUS es la primera causa de mortalidad en mujeres y en el hombre la tercera, la primera causa de discapacidad adquirida en el adulto y la segunda de demencia después de la enfermedad de Alzheimer.

En el caso de nuestro paciente, sufrir un ictus le ha llevado a sufrir una discapacidad y afectación en las diferentes áreas ocupacionales.. Uno de los objetivos fundamentales que nos planteamos con el paciente es llevar a cabo un abordaje desde terapia ocupacional que contemple la rehabilitación y la recuperación funcional con el fin de recuperar autonomía en sus actividades de la vida diaria, ocio y tiempo libre y en el trabajo.

Durante toda la intervención, además de intervenir desde el departamento de Terapia Ocupacional, el paciente será tratado por los demás profesionales, por lo que se tendrán en cuenta en todo el proceso de rehabilitación y se establecerán objetivos comunes entre todos, trabajando de forma conjunta para mejorar la situación actual y conseguir los mejores resultados y el mejor bienestar del paciente.

5 Bibliografía

1. - Accidente cerebrovascular: Esperanza en la investigación: National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). <https://espanol.ninds.nih.gov/es/trastornos/accidentes-cerebrovasculares#Disabilities>
2. - Gómez Fernández L. Plasticidad cortical y restauración de funciones neurológicas: una actualización sobre el tema. Rev Neurol 2000;31 (08):749-756. <https://neurologia.com/articulo/2000358>
3. - El Atlas del Ictus. (s.f.).FEI. <https://ictusfederacion.es/atlas-del-ictus/>
4. - Menni, R. (s. f.). Los trastornos emocionales y conductuales tras el ictus | Red Menni. <https://dañocerebral.es/publicacion/trastornos-emocionales-y-conductuales-tras-el-ictus>

Capítulo 802

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LAS PRUEBAS CRUZADAS

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ

AIXA CASILDAS GÓMEZ

BEATRIZ RUIZ GALACHE

BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ

1 Introducción

Las pruebas cruzadas, también conocidas como pruebas de compatibilidad, son procedimientos de laboratorio esenciales realizados en el campo de la transfusión sanguínea y el trasplante de órganos para determinar la compatibilidad entre donantes y receptores de sangre u órganos.

Las pruebas cruzadas son fundamentales en la transfusión sanguínea, donde el objetivo principal es asegurar que la sangre o sus componentes sean compatibles con el sistema inmunológico del receptor, evitando así reacciones adversas potencialmente graves. En estas pruebas, se mezcla la sangre del donante potencial con el suero del receptor para evaluar si hay aglutinación o reacciones inmunológicas adversas. Estas pruebas incluyen la prueba de compatibilidad ABO y la prueba

de compatibilidad Rh, que son cruciales para determinar la compatibilidad de los grupos sanguíneos entre donante y receptor.

En el contexto de trasplantes de órganos, las pruebas cruzadas son esenciales para evaluar si el sistema inmunológico del receptor reconoce y rechaza el órgano o tejido del donante. Se realizan pruebas serológicas y celulares para identificar posibles reacciones adversas y determinar la compatibilidad entre el donante y el receptor. Estas pruebas ayudan a reducir el riesgo de rechazo del órgano trasplantado y a mejorar las tasas de éxito en los trasplantes.

Las pruebas cruzadas son procedimientos de laboratorio críticos que se utilizan tanto en la transfusión sanguínea como en el trasplante de órganos para evaluar la compatibilidad entre donantes y receptores. Estas pruebas son esenciales para garantizar la seguridad y eficacia de las transfusiones y los trasplantes, minimizando el riesgo de reacciones inmunológicas y aumentando las posibilidades de éxito en los procedimientos médicos.

2 Objetivos

Conocer las funciones del enfermero en la realización de pruebas cruzadas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La función del enfermero en la realización de pruebas cruzadas es fundamental para garantizar la seguridad y la compatibilidad en las transfusiones de sangre y los trasplantes de órganos. Estas son algunas de las principales funciones que desempeña el enfermero en este proceso:

Preparación del paciente y del material: Antes de llevar a cabo las pruebas cruzadas, el enfermero debe preparar al paciente, explicar el procedimiento y obtener su consentimiento informado. Además, asegura que todo el material

necesario, como tubos de ensayo, etiquetas y reactivos, esté listo y correctamente etiquetado.

Identificación precisa: La verificación de la identidad del paciente es crucial. El enfermero se asegura de que se tomen muestras de sangre del paciente correcto y que estén debidamente etiquetadas con información precisa, como el nombre, el número de identificación y la fecha.

Extracción de muestras: Realiza la extracción de muestras de sangre siguiendo las prácticas de asepsia y esterilización para prevenir infecciones y contaminación. Debe ser meticuloso en la recolección de la muestra, evitando hemólisis (ruptura de glóbulos rojos) y asegurando que la sangre se obtenga en las condiciones adecuadas.

Registro de datos: Documenta cuidadosamente todos los detalles del procedimiento, incluyendo la hora de la extracción, la identificación de las muestras y cualquier observación relevante.

Transporte seguro de las muestras: Una vez recolectadas, el enfermero garantiza que las muestras se transporten de manera segura al laboratorio, evitando la exposición a temperaturas extremas o vibraciones que puedan alterar los resultados.

Colaboración con el laboratorio: Trabaja en estrecha colaboración con el personal del laboratorio para asegurarse de que las muestras se procesen correctamente. Proporciona información adicional sobre el paciente si es necesario y se asegura de que las pruebas se realicen siguiendo los estándares de calidad.

Comunicación de resultados: Una vez que se obtienen los resultados de las pruebas cruzadas, el enfermero comunica esta información al equipo médico y al paciente. Si se identifica alguna incompatibilidad, el enfermero juega un papel crucial en la notificación temprana para evitar transfusiones o trasplantes riesgosos.

Vigilancia y seguimiento: Después de una transfusión o trasplante, el enfermero monitorea de cerca al paciente para detectar signos de reacciones adversas o rechazo. Si se producen complicaciones, toma medidas inmediatas para brindar el cuidado adecuado.

El enfermero desempeña un papel esencial en la realización de pruebas cruzadas, desde la preparación del paciente y la recolección de muestras hasta la comunicación de resultados y la atención postprocedimiento. Su enfoque en la seguri-

dad, la precisión y la colaboración con otros profesionales de la salud es vital para garantizar la compatibilidad y el bienestar del paciente en transfusiones y trasplantes.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del enfermero para otros enfermeros en la realización de pruebas cruzadas es mantener una atención meticulosa a los detalles y seguir estrictamente los protocolos de seguridad. La verificación precisa de la identidad del paciente, la correcta etiquetación de las muestras y el seguimiento de las mejores prácticas de asepsia y esterilización son esenciales para evitar errores costosos y peligrosos.

Además, la comunicación efectiva con el personal de laboratorio y el equipo médico es fundamental para garantizar una evaluación precisa de la compatibilidad. La notificación inmediata en caso de cualquier discrepancia o incompatibilidad es esencial para la seguridad del paciente.

La seguridad y la precisión son las principales prioridades en las pruebas cruzadas, y el compromiso con estos principios es esencial para garantizar que las transfusiones de sangre y los trasplantes de órganos se realicen de manera segura y efectiva, salvando vidas y mejorando la atención médica.

6 Bibliografía

1. Zabalegui Yáñez, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

Capítulo 803

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE EXPEDIENTES DEL SESCOAM

CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES

VIRGINIA CUERDA CANO

ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ

1 Introducción

Gestionar eficientemente los expedientes en esencial para el correcto funcionamiento de cualquier organización, ya que facilita obtener una búsqueda ordenada y accesible de documentos e información decisiva. El personal auxiliar administrativo realiza una función fundamental.

Los expedientes son una pieza primordial de la operación de una organización, ya que comprenden datos importantes que abarcan desde documentos financieros y legales hasta correspondencia y registros de actividades. Estos registros son importantes para tomar acuerdos, acatar con los requisitos legales y regulatorios, y mantener la honradez de los datos.

El personal auxiliar administrativo, en su función de apoyo al control y administración de la organización, ocupa la responsabilidad clave de garantizar que estos expedientes se utilicen de manera eficaz y fija. Su labor contiene desde la creación y distribución inicial de los expedientes hasta su archivo, seguimiento y recuperación cuando sea necesario.

A continuación, se destacan algunas de las contribuciones clave que un auxiliar administrativo realiza en la gestión de documentos:

1. Clasifica y organiza los documentos de una forma ordenada y efectiva, de esta manera se puede recuperar cuando se necesite.
2. Recibe y registra los documentos que entran y comprueban que son auténticos.
3. Almacena y protege los documentos, protegiendo así la información.
4. Eliminación segura de documentos.
5. Recuperación de documentos necesarios de una forma efectiva, sin tardanzas.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es:

-Reconocer e identificar el papel del auxiliar administrativo en la gestión de los expedientes del SESCAM.

3 Metodología

Para elaborar el presente capítulo se ha realizado una búsqueda en internet de diversas páginas, comparando la información encontrada y eligiendo solo aquella contrastada y verificada. También se ha mirado material de oposiciones.

Se han usado palabras clave como: auxiliar, auxiliar administrativo, SESCAM.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos tienen una función primordial en cuanto a la gestión de expedientes en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). El manejo de expedientes es una ocupación básica que acredita el funcionamiento eficaz de los servicios de salud y la entrada a la información médica necesaria. A continuación, se detallan el papel básico de un auxiliar administrativo a la hora de gestionar expedientes del SESCAM:

1. Admite documentos médicos: recoge y controla los documentos médicos, formularios, informes y otros registros relacionados con la atención de los pacientes.
2. Ordenación y documento: ordena los archivos médicos según las normas de privacidad y seguridad de la información.
3. Escribe entradas y salidas: Registrar todas las entradas y salidas de documentos médicos, garantizando una localización precisa de la ubicación de cada expediente o documento en cualquier momento.

4. Admisión controlada: Asegura que solo el personal que esté autorizado acceda a los expedientes médicos, siguiendo las políticas de privacidad y confidencialidad.
5. Crea y mantiene los expedientes: Elabora expedientes médicos electrónicos o físicos para los pacientes, garantizando que contengan toda la información importante, como historias clínicas, informes de pruebas, notas de enfermería, etc.
6. Digitalización de archivos: Escanear archivos médicos en formato físico para su conversión a formato digital, facilitando así su almacenamiento y acceso electrónico.
7. Elaboración y reajuste: Conocimiento de los procedimientos y cambios en las políticas de control de expedientes y colabora en programas de aprendizaje y actualización relacionados con la administración de registros médicos.
8. Renovación de registros: Actualiza los expedientes médicos con nueva información y registros, como efectos de pruebas y notas de seguimiento.
9. Indexación y etiquetado: Marca los expedientes y documentos con información relevante, como nombres de pacientes, números de historias clínicas y fechas, para facilitar la búsqueda y recuperación de información.
10. Investigación y salva información: Ubica y provee documentos e información médica necesaria para el personal médico, enfermeras, pacientes u otros miembros del equipo de salud.
11. Colaboración interdepartamental: Trabajar en colaboración con otros departamentos y unidades de salud asegurando una gestión eficaz de la información.
12. Cumplimiento normativo: Cumplir con todas las regulaciones y políticas de privacidad de datos de salud, garantizando la confidencialidad y la seguridad de la información del paciente.

El trabajo que desempeña un auxiliar administrativo en el control de expedientes en el SESCAM es fundamental para asegurar que la información médica esté ordenada, sea segura y esté disponible cuando se necesite para establecer una atención médica de calidad. Además, favorece a la eficiencia en la administración de los servicios de salud y al cumplimiento de las regulaciones de privacidad y confidencialidad de datos.

5 Discusión-Conclusión

El papel que realiza el auxiliar administrativo en el SESCAM es muy importante para que funcione de una forma eficaz y se presten servicios de calidad.

El auxiliar administrativo gestiona documentos, atiende al público, cumple la normativa, hace un seguimiento y un registro de los archivos, se coordina con el resto de profesionales contribuyendo a la calidad asistencial por lo que su tra-

bajo favorece a que se mantenga un flujo de información, haya una coordinación interna y el cliente salga satisfecho, teniendo así un impacto positivo en la salud y el bienestar de la población que haya sido atendida por el sistema de salud.

6 Bibliografía

- 1.Opositatest.com.
- 2.Oposicionescastillalamancha.es.

Capítulo 804

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA

CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES

ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ

VIRGINIA CUERDA CANO

1 Introducción

Los PAC son centros de salud de atención primaria que dedican atención médica fuera del horario estipulado de los centros de salud, añadiendo noches, fines de semana y días festivos. En esta situación, el auxiliar administrativo tiene un papel muy importante en el funcionamiento sonoro de estas instalaciones.

El Auxiliar Administrativo en los Puntos de Atención Continuada (PAC) desempeña un papel importante a la hora de coordinar y hacer funcionar las instalaciones de atención médica que prestan servicios fuera del horario habitual de consultas de atención primaria. Sus cargos pueden cambiar según su localización y organización estipulada.

Esto conlleva acoger a los pacientes, registrar su información personal y médica, agendar citas, gestionar el movimiento de pacientes y abastecer información importante sobre los servicios adecuados. Además, estos profesionales también son responsables de apoyar un entorno de trabajo limpio y ordenado, garantizando que el personal médico pueda enfocarse en la atención al paciente sin distracciones.

El ejercicio auxiliar administrativo es una parte importante de la plantilla administrativa de cualquier sistema. Los profesionales transmiten refuerzo y soporte en una variedad de tareas que son fundamentales para el trabajo diario de la entidad. Su labor permite que los gerentes y otros miembros del equipo se concentren en sus principales responsabilidades al hacerse cargo de las tareas administrativas y rutinarias.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del auxiliar administrativo en los Puntos de Atención Continuada (PAC).

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.

Palabras clave como: auxiliar administrativo, administrativo, punto de atención continuada.

4 Resultados

A continuación, se exponen brevemente algunas de las funciones usuales de un auxiliar administrativo en un PAC:

1. Control de abastecimientos y equipamientos: garantiza que los abastecimientos médicos y el equipamiento estén utilizables y en buenas condiciones para su uso inmediato.
2. Control de citas y cuadernos: organiza y facilita las citas de los pacientes dependiendo de la dificultad de su estado y de acuerdo con las reglas establecidas para el triaje.
3. Contestación telefónica: Atiende llamadas telefónicas de pacientes, pasa llamadas al personal médico o de enfermería según se necesite y facilita información principal sobre los servicios del PAC.
4. Cuidado de historias clínicas: preserva y clasifica las historias clínicas de los pacientes según la normativa de reserva y seguridad de la información médica.

5. Acogida y registro de pacientes: Atender a los pacientes que entran al PAC, reflejando su información personal y médica, y facilitando información sobre el proceso de atención.
6. Combinación de flujo de pacientes: se cerciora de que los pacientes sean atendidos adecuadamente según su orden y que se resten los tiempos de espera que no sean necesarios.
7. Intercambio con el personal médico y de enfermería: Sirve de vínculo entre el personal médico y los pacientes, emitiendo información importante sobre los sucesos y las necesidades de atención.
8. Obtención de datos clínicos iniciales: Recoge información elemental sobre el estado de salud de los pacientes, como señales iniciales, signos vitales y antecedentes médicos, para agilizar la evaluación posterior por parte del personal médico.
9. Cortesía con el público: sirve una asistencia simpática y educado a los pacientes y sus familias, solucionando cuestiones y facilitando información sobre los servicios y los procedimientos del PAC.
10. Registro y documentación: Realizar la admisión de datos y la documentación que se necesite en sistemas informáticos de salud, afirmando el acierto y la confidencialidad.
11. Participación en el control de emergencias: En casos de emergencia o dificultades, participar con el personal médico y de enfermería para garantizar una atención eficaz a los pacientes.
12. Control de protocolos de seguridad y privacidad: Cumple con las normas y políticas de seguridad de información y privacidad de la información médica.

5 Discusión-Conclusión

Es importante el papel del personal auxiliar administrativo puesto que es clave para facilitar la productividad y la eficacia a la hora de organizar la institución, alcanzando el éxito a largo plazo. Como se encarga de las tareas administrativas ayuda a que otros miembros del equipo multidisciplinar se centren en sus funciones.

Gracias a su gestión eficaz de la información y del proceso administrativo se mantiene una cohesión y una eficiencia en un espacio donde constantemente se producen entradas y salidas, así como cambios. También se produce una calidad, puesto que mantiene la adecuada conexión con el personal médico y de enfermería.

6 Bibliografía

- 1.Opositatest.com.
- 2.Oposicionescastillalamancha.es.

Capítulo 805

LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA DE OTORRINO

DIANA MIRA RODRÍGUEZ

MAGDALENA SALAZAR CANO

CARMEN MORA DÍAZ

GREGORIA DUQUE LORENTE

PABLO MARTÍN SERRANO

1 Introducción

La consulta de otorrinolaringología, también conocida como consulta de otorrino, es un servicio médico especializado que se enfoca en el diagnóstico, tratamiento y prevención de trastornos relacionados con el oído, la nariz, la garganta y estructuras anatómicas relacionadas en la cabeza y el cuello. El término "otorrinolaringología" se deriva de las palabras griegas "otón" (oído), "rino" (nariz) y "larynx" (garganta), lo que refleja la amplitud de los problemas de salud que abarca esta disciplina.

La consulta de otorrinolaringología es esencial para abordar una variedad de condiciones médicas. Esto incluye problemas auditivos, como la pérdida de audición, infecciones del oído y tinnitus; trastornos de la nariz, como rinitis alérgica, sinusitis y obstrucciones nasales; y afecciones de la garganta, como amigdalitis, faringitis y trastornos de la voz. Además, los otorrinolaringólogos pueden tratar

trastornos del equilibrio y vértigo, así como realizar procedimientos quirúrgicos para abordar problemas más graves, como tumores en la cabeza y el cuello o trastornos del sueño como la apnea.

En la consulta de otorrinolaringología, el profesional, conocido como otorrinolaringólogo, realiza una evaluación exhaustiva de los síntomas del paciente, puede utilizar herramientas de diagnóstico avanzadas como la endoscopia y la audiometría, y ofrece tratamientos que pueden incluir medicamentos, terapia de rehabilitación o cirugía. En resumen, la consulta de otorrino es esencial para abordar una amplia gama de trastornos relacionados con el oído, la nariz y la garganta, mejorando así la calidad de vida de los pacientes.

2 Objetivos

El objetivo que se tiene de forma principal es mostrar las funciones del celador en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en las consultas externas del hospital.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El celador en la consulta de un otorrinolaringólogo desempeña un papel esencial para garantizar el flujo eficiente y seguro de pacientes en este entorno médico. Sus funciones son variadas y abarcan desde la atención al paciente hasta la logística y el apoyo al personal médico. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del celador en la consulta del otorrino:

Recepción y orientación de pacientes: El celador es la primera persona que recibe a los pacientes en la consulta. Deben ser amables y proporcionar orientación sobre cómo registrarse, dónde esperar y cómo proceder con su cita médica. Esto ayuda a los pacientes a sentirse más cómodos y seguros.

Mantenimiento del orden: Es responsabilidad del celador mantener el orden en la sala de espera y en otras áreas de la consulta. Esto incluye asegurarse de que los pacientes estén sentados de manera organizada y que se respeten los tiempos de espera.

Preparación de consultorios: Antes de que el médico entre en una sala de consulta, el celador debe asegurarse de que esté limpia, ordenada y equipada con los suministros necesarios. Esto ayuda a agilizar las consultas y garantizar que el médico pueda atender a los pacientes de manera eficiente.

Asistencia al personal médico: El celador puede ser requerido para asistir al otorrinolaringólogo durante los procedimientos o exámenes, proporcionando los instrumentos necesarios o ayudando en la preparación del paciente.

Transporte de pacientes: En ocasiones, los pacientes pueden requerir ser trasladados a otras áreas del hospital o a realizar estudios médicos complementarios. El celador es responsable de asegurar un transporte seguro y confortable, garantizando que los pacientes lleguen a su destino de manera adecuada.

Limpieza y desinfección: Mantener un entorno limpio y desinfectado es crucial en un entorno médico. Los celadores pueden participar en tareas de limpieza y desinfección de las áreas de consulta para garantizar la seguridad de los pacientes.

Respeto a la confidencialidad: Los celadores deben ser conscientes de la importancia de mantener la confidencialidad de la información médica de los pacientes. Deben evitar cualquier conversación o divulgación de datos personales o médicos.

El celador en la consulta de un otorrinolaringólogo desempeña un papel esencial en el cuidado y comodidad de los pacientes, así como en el apoyo al personal médico para garantizar un entorno de atención médica eficiente y seguro. Su trabajo contribuye al funcionamiento fluido de la consulta y al bienestar de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar el funcionamiento de la consulta de otorrinolaringología, el celador puede desempeñar un papel crucial. En primer lugar, es esencial mantener una comunicación clara y efectiva con el personal médico y administrativo. Esto implica mantenerse informado sobre las citas programadas, cambios en la programación

y necesidades específicas de los pacientes. Una coordinación fluida garantiza que la consulta se desarrolle sin contratiempos y que los pacientes reciban una atención oportuna.

Además, el celador puede contribuir al ambiente de la consulta al promover un trato amable y empático hacia los pacientes. Esto incluye brindar apoyo emocional a aquellos que puedan estar ansiosos o nerviosos antes de su consulta. Un ambiente acogedor y comprensivo puede ayudar a los pacientes a sentirse más cómodos y a reducir la tensión.

Una comunicación efectiva y un enfoque compasivo son recomendaciones clave que el celador puede seguir para mejorar el funcionamiento general de la consulta de otorrinolaringología, brindando así una experiencia positiva a los pacientes y apoyando al personal médico en su labor.

6 Bibliografía

Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.

Capítulo 806

LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DIANA MIRA RODRÍGUEZ

MAGDALENA SALAZAR CANO

CARMEN MORA DÍAZ

GREGORIA DUQUE LORENTE

PABLO MARTÍN SERRANO

1 Introducción

La consulta de planificación familiar es un servicio médico y de asesoramiento que tiene como objetivo ayudar a las personas y parejas a tomar decisiones informadas sobre la reproducción y el control de la natalidad. Esta consulta abarca una amplia gama de métodos anticonceptivos y opciones reproductivas, y se adapta a las necesidades individuales de cada paciente.

El concepto fundamental de la planificación familiar es permitir que las personas tengan el control sobre cuándo y cuántos hijos desean tener. Esto implica proporcionar información detallada sobre métodos anticonceptivos, como preservativos, píldoras anticonceptivas, dispositivos intrauterinos (DIU) y más, para que los pacientes puedan tomar decisiones acertadas y seguras.

Además de la prevención del embarazo no deseado, la consulta de planificación familiar también aborda otros aspectos importantes, como la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual (ITS), la consejería preconcepcional y la atención a problemas de fertilidad. Los profesionales de la salud en este campo trabajan para garantizar que las personas tengan acceso a la atención médica y la información necesarias para cuidar su salud reproductiva.

La consulta de planificación familiar es un servicio integral que se centra en empoderar a las personas para que tomen decisiones conscientes sobre su vida reproductiva, proporcionando información, asesoramiento y acceso a una variedad de métodos anticonceptivos y servicios de salud relacionados. Esto contribuye a la promoción de la salud sexual y reproductiva y al bienestar general de las personas y las comunidades.

2 Objetivos

El objetivo que se tiene de forma principal es mostrar las funciones del celador en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en las consultas externas del hospital.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El celador desempeña un papel fundamental en la consulta de planificación familiar, contribuyendo al buen funcionamiento y la atención eficiente de los pacientes. Sus funciones son variadas y esenciales para garantizar un entorno de atención médica seguro y acogedor. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del celador en este contexto:

Recepción y orientación: El celador suele ser la primera persona que los pacientes encuentran al llegar a la consulta. Su función principal es recibir a los pacientes,

proporcionarles información sobre los procedimientos y protocolos de la clínica y guiarlos a las áreas pertinentes.

Asistencia al paciente: El celador está disponible para ayudar a los pacientes con movilidad reducida o necesidades especiales. Puede proporcionar sillas de ruedas, asistencia para desplazarse por las instalaciones y garantizar que los pacientes se sientan cómodos y atendidos.

Preparación de consultas: El celador colabora en la preparación de las salas de consulta. Esto implica asegurarse de que estén limpias, ordenadas y equipadas con el material necesario, como suministros médicos, documentos y muestras de anticonceptivos.

Mantenimiento de la privacidad: La confidencialidad es fundamental en la planificación familiar. El celador desempeña un papel importante en mantener la privacidad de los pacientes, asegurando que las conversaciones y la información médica se mantengan confidenciales.

Coordinación de pacientes: En ocasiones, es necesario coordinar la llegada de varios pacientes para la misma consulta o procedimiento. El celador se encarga de garantizar que los pacientes sean atendidos en el orden adecuado y que no haya demoras innecesarias.

Apoyo a los profesionales de la salud: Los celadores pueden ayudar a los médicos y enfermeras durante las consultas o procedimientos, proporcionando asistencia con equipos médicos, registros de pacientes y otras tareas necesarias.

Seguridad: Los celadores también son responsables de garantizar la seguridad en la consulta, identificando y respondiendo a situaciones de emergencia, como caídas o problemas de salud súbitos.

Limpieza y mantenimiento: Mantener las áreas de consulta limpias y seguras es una parte importante del trabajo del celador. Esto incluye la limpieza regular de las áreas de espera y consulta.

Atención al cliente: El celador debe ser amable y servicial, brindando un trato respetuoso y cordial a los pacientes. La empatía y la paciencia son cualidades esenciales para crear un ambiente cómodo y confiable.

El celador en la consulta de planificación familiar desempeña un papel crucial en el funcionamiento general de la clínica y en la experiencia de los pacientes.

Su trabajo consiste en garantizar que todo funcione sin problemas, que los pacientes se sientan bien atendidos y que se mantenga un alto nivel de seguridad y privacidad en el entorno de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen funcionamiento de la consulta de planificación familiar, el celador debe enfocarse en dos aspectos esenciales: la eficiencia operativa y la atención centrada en el paciente.

En primer lugar, es crucial mantener un flujo de trabajo ordenado y eficiente. Esto implica estar preparado con anticipación, asegurándose de que las salas de consulta estén limpias y equipadas, y coordinando la llegada de pacientes para minimizar las esperas innecesarias. Además, es importante ser proactivo en la identificación y resolución de cualquier problema de seguridad o limpieza que surja.

En segundo lugar, la atención al paciente debe ser siempre una prioridad. El celador debe proporcionar un trato amable y respetuoso, asegurándose de que los pacientes se sientan cómodos y escuchados. La confidencialidad y la privacidad deben ser rigurosamente respetadas. En resumen, mantener un entorno organizado y centrado en el paciente es esencial para el éxito de la consulta de planificación familiar.

6 Bibliografía

Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.

Capítulo 807

LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA DE ANTICONCEPTIVOS ORALES

DIANA MIRA RODRÍGUEZ

MAGDALENA SALAZAR CANO

CARMEN MORA DÍAZ

GREGORIA DUQUE LORENTE

PABLO MARTÍN SERRANO

1 Introducción

La consulta de anticonceptivos orales es un servicio médico especializado que tiene como objetivo principal proporcionar información, asesoramiento y prescripción de anticonceptivos en forma de pastillas para prevenir el embarazo. Estos anticonceptivos, comúnmente conocidos como "la píldora anticonceptiva", contienen hormonas que regulan el ciclo menstrual y evitan la ovulación, reduciendo así significativamente las posibilidades de concebir un hijo.

El concepto de la consulta de anticonceptivos orales gira en torno a empoderar a las personas, especialmente a las mujeres, para que tomen decisiones informadas sobre su salud reproductiva y control de la natalidad. Durante esta consulta, un profesional de la salud, como un médico o una enfermera especializada en planificación familiar, evalúa la historia médica y los antecedentes de la paciente para

determinar la idoneidad de los anticonceptivos orales. Luego, se proporciona una receta personalizada y se brinda información sobre cómo tomar las pastillas de manera efectiva y segura.

Además de la prevención del embarazo, la consulta de anticonceptivos orales también puede abordar otros aspectos relacionados con la salud reproductiva de la paciente, como el control de los síntomas del síndrome premenstrual (SPM), la regularización del ciclo menstrual y la reducción del riesgo de ciertas afecciones médicas, como quistes ováricos. En resumen, esta consulta es un componente vital de la atención médica relacionada con la planificación familiar y la salud de las mujeres, permitiendo a las personas tomar decisiones informadas sobre su vida reproductiva y bienestar general.

2 Objetivos

El objetivo que se tiene de forma principal es mostrar las funciones del celador en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en las consultas externas del hospital.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El papel del celador en la consulta de anticonceptivos orales es esencial para garantizar un funcionamiento eficiente y acogedor de este servicio de atención médica crucial. Sus funciones abarcan diversas áreas que contribuyen al bienestar de los pacientes y al buen desarrollo de la consulta. Aquí se describen algunas de las funciones clave del celador en este contexto:

Recepción y orientación: El celador recibe a los pacientes cuando llegan a la consulta, proporcionando una bienvenida amable y orientación sobre los proced-

imientos y horarios. Esto ayuda a reducir la ansiedad y el estrés que los pacientes puedan experimentar.

Asistencia a la movilidad: Para pacientes con movilidad reducida o necesidades especiales, el celador está disponible para proporcionar asistencia. Esto puede incluir el uso de sillas de ruedas o apoyo para caminar a las áreas de consulta.

Preparación de la sala: Antes de cada consulta, el celador se encarga de preparar la sala adecuadamente. Esto implica asegurarse de que esté limpia, ordenada y equipada con los suministros médicos necesarios, como material educativo sobre anticonceptivos orales.

Mantenimiento de la privacidad: La confidencialidad es fundamental en la atención de la planificación familiar. El celador trabaja para garantizar que las conversaciones y la información médica se mantengan en privado y se respete la intimidad de los pacientes.

Coordinación de pacientes: Si es necesario, el celador coordina la llegada de varios pacientes para la consulta, garantizando que se siga un orden adecuado y que se minimicen las esperas innecesarias.

Apoyo al personal de salud: El celador puede ayudar al personal médico y de enfermería durante las consultas, proporcionando asistencia con equipos médicos, registros de pacientes y otras tareas necesarias para mantener un flujo de trabajo eficiente.

Seguridad: La seguridad de los pacientes es prioritaria. El celador está entrenado para identificar y responder a situaciones de emergencia, como caídas o problemas de salud inesperados, y tomar medidas apropiadas.

Limpieza y mantenimiento: Mantener las áreas de consulta limpias y seguras es una responsabilidad del celador. Esto incluye la limpieza regular de las áreas de espera y consulta.

Atención al cliente: La amabilidad y la empatía son cualidades esenciales. El celador debe proporcionar un trato respetuoso y servicial a los pacientes, asegurando que se sientan cómodos y bien atendidos.

El celador desempeña un papel fundamental en la consulta de anticonceptivos orales, contribuyendo al funcionamiento eficiente y acogedor del servicio y garantizando que los pacientes reciban la atención y el apoyo necesarios para

tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva y el uso de anticonceptivos orales de manera segura y efectiva.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen funcionamiento de la consulta de anticonceptivos orales, el celador puede seguir estas recomendaciones esenciales:

En primer lugar, la puntualidad y la organización son cruciales. Asegúrate de que las salas de consulta estén preparadas con anticipación y de que los pacientes sean recibidos de manera oportuna. La eficiencia en la atención reduce las esperas y contribuye a una experiencia positiva.

En segundo lugar, la privacidad y la confidencialidad son prioritarias. Recuerda mantener conversaciones discretas y asegurarte de que las conversaciones y la información de los pacientes se mantengan en estricto privado. Esto fomenta la confianza y el respeto por parte de los pacientes, lo que es fundamental en la atención de planificación familiar. Al seguir estas recomendaciones, el celador puede desempeñar un papel fundamental en la consulta de anticonceptivos orales, contribuyendo al bienestar de los pacientes y al funcionamiento eficiente de la clínica.

6 Bibliografía

Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.

Capítulo 808

EL FUNCIONAMIENTO Y PROBLEMAS QUE PUEDE PRESENTAR LA ROPA EN EL PROCESO EN LAS CALANDRAS EN EL SERVICIO DE PLANCHA DE LOS HOSPITALES

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA

URSULA DIAZ SEGOVIA

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

1 Introducción

La ropa se introduce entre rodillos metálicos que se han calentado con vapor durante la programación de la lavadora. Para producir el efecto deseado, estos rodillos giran en direcciones opuestas. Planchar tu ropa impecablemente es el objetivo. La ropa, la humedad restante y el rendimiento térmico desempeñan un papel importante en el rendimiento de la parrilla. - Prenda: Hay una serie de elementos que afectan la duración de una prenda, incluido el tejido, cómo se usa y se manipula y, por supuesto, cómo se lava y plancha. Sin embargo, la

composición y preparación de la ropa influye en su resistencia al planchado. • Humedad excesiva: La tela no deslizará bien si se retiene demasiada humedad. Por debajo del 50% la resistencia al deslizamiento disminuye y por encima del 50% la resistencia al deslizamiento aumenta notablemente. Un buen giro puede ayudarte a alcanzar los niveles ideales de humedad, que se cree que están entre el 35 y el 50 por cien. - Eficiencia térmica: El hecho innegable de que se pierde energía cuando una forma de energía (en este caso, vapor de agua) se transforma en otra forma de energía, es decir, energía térmica. Por lo tanto, la eficiencia térmica nunca es del 100 por cien.

2 Objetivos

El principal objetivo de nuestro capítulo será saber el funcionamiento de las calandras de planchado y cuáles serían los fallos más frecuentes que podrían suceder.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática en diferentes libros sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos de páginas de internet, como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas con palabras como, planchado, calandra, etc.

4 Resultados

Los sistemas de higiene textil de la ropa hospitalaria deben asegurar su adecuada desinfección para obtener ropa bacteriológicamente limpia durante el proceso. La ropa limpia debe manipularse higiénicamente, porque el efecto beneficioso del lavado y la descontaminación puede perderse por completo si no se limpia y hay que tomar las precauciones necesarias para evitar la contaminación por eso, la ropa cuando entra en contacto en el área de la plancha la higiene debe de ser satisfactoria según las normas generales de higiene del hospital ante esto se debe de evitar los problemas o errores más frecuentes que se cometen al planchar son: Manchas de cera y agua al enrollar la ropa para que se arrugue Deformación de la ropa - Velocidad de paso en m/min - Lisura de la superficie del recipiente - Presión uniforme del cilindro sobre el vaso - Controle periódicamente la cantidad

de agua restante - Mantenga la bandeja limpia y lo más lisa posible - Controle la cera que utiliza - Complete el proceso de encerado y limpieza en una sola operación: la lubricidad del recipiente se garantiza controlando el punto de fusión, el contenido de agua y la velocidad de marcha. - Deformación del revestimiento, - Desgarros en la tela de prendas que requieran planchado o tapizado. El uso de neutralizadores durante el proceso de limpieza puede evitar este efecto, pero también puede favorecer la formación y acumulación de sales en las partes de hierro, impidiendo el progreso de la preparación. Por otro lado, el proceso de programación, la adhesión a la superficie de la hoja, el fenómeno de laminación y las arrugas también pueden causar daños. - El tipo de tejido a planchar y su contenido de humedad al planchar. - La estructura y estado de la superficie de la funda. - temperatura del tanque todo ello debe de estar controlado para alcanzar el mejor resultado a la hora de hacer el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Este capítulo dejó claro que la ropa, la humedad restante y la eficiencia térmica son los tres componentes principales para que la plancha funcione correctamente. Estas son las variables que afectan el rendimiento del calendario. El planchador está a cargo de supervisar el funcionamiento del calendario e intentar eliminar cualquier problema o desafío que pueda surgir durante el planchado. Se pueden utilizar pruebas para verificar la condición de este almacén en busca de anomalías de naturaleza más mecánica, como la uniformidad de la presión del cilindro en el cucharón, pero se recomienda el análisis de fallas por parte del fabricante. La tela puede curvarse o rasgarse como resultado de este proceso de planchado. Esto suele deberse a una mesa torcida o desequilibrada. Los calandres son conscientes de estas anomalías y se esfuerzan por corregirlas. Informar al responsable de la instalación o al equipo de mantenimiento si esto no es posible.

6 Bibliografía

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
[.https://medlineplus.gov/spanish/](https://medlineplus.gov/spanish/)
<https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 809

CÓMO ES LA ORGANIZACIÓN DE LA ZONA DE PLANCHADO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA

URSULA DIAZ SEGOVIA

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

1 Introducción

Los servicios generales pueden definirse como un grupo de servicios que se ofrecen regularmente en los hospitales para apoyar las funciones básicas de atención médica de la institución. Dentro de estos servicios hospitalarios generales se pueden incluir los equipos de lavandería, ropa de cama y planchado, incluida tanto la ropa hospitalaria como el equipo de trabajo utilizado por los profesionales médicos. Los trabajadores de lavandería profesionales deben utilizar la menor manipulación posible al separar, transportar y lavar la ropa. Deben cumplir con una serie de estándares y protocolos de trabajo establecidos por el hospital para lograr esto. Debido al frecuente contacto con pacientes de todo tipo, la ropa se utiliza frecuentemente como sistema de transmisión de agentes infecciosos. Por tanto, la ropa del paciente debe ser higiénicamente adecuada, cómoda

y conservar todas sus cualidades naturales, como suavidad, capacidad de absorción y frescura todo el tiempo fue útil. La ropa hospitalaria se gestiona mediante los procedimientos adecuados de recogida, transporte, procesamiento y almacenamiento. Esto impone una serie de exigencias al centro de salud, entre ellas: - Instalaciones creadas específicamente para el cuidado de la ropa, como áreas de lavandería, planchado y almacenamiento. - Empleados que hayan sido especialmente capacitados y calificados para realizar este trabajo únicamente. - Procedimientos de trabajo y control suficiente para conseguir una perfecta higiene y conservación de la indumentaria. - Una empresa que garantice la prestación del servicio, así como el soporte técnico y administrativo necesario, las 24 horas del día, los 365 días del año.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia derivada de una buena organización en la zona de planchado de un centro hospitalario es la importancia que se merece a los profesionales que trabajan en este servicio.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en relación con los objetivos propuestos. Para ello se ha consultado con bibliotecas electrónicas de varias páginas de internet y buscadores como Google. Se incluyeron en el estudio todos los artículos en libros que cumplieron los requisitos necesarios para la realización de este trabajo. Palabras clave: organización, planchado, personal.

4 Resultados

La ropa usada se clasifica primero por tipo de tejido y grado de suciedad después de ser recogida por los profesionales designados. El personal de lavandería también deberá seguir un protocolo de actuación en la manipulación de estas prendas por este motivo. Para reducir el riesgo de infección por la propagación de cualquier enfermedad, el trabajador siempre debe manipular la ropa sucia mientras usa ropa protectora como guantes y delantal y luego lavarse las manos. . En ocasiones es necesario instalar la lavandería en un local ya existente pero concebido para otros fines, cosa posible si el volumen es suficiente, pues los problemas

de vibraciones, ruidos, evacuación y suministro de fluidos y vapores, etc, siempre pueden ser resueltos. Tres procesos diferenciados componen el servicio de lavandería y planchado de un centro hospitalario completo: - Procesos logísticos: traslados de ropa sucia y limpia al área destinada a tal efecto y gestión de los niveles de almacenamiento central y de planta. - Lavado, secado, planchado y empaquetado de toda la ropa como parte de los procesos de limpieza y sanitización textil.- Procedimientos de adquisición de nuevos textiles: siempre bajo la supervisión del responsable del servicio, desde la orientación técnica hasta la propia compra. Una vez finalizado el proceso de lavado, sigue el planchado y el secado. Las toallas, uniformes de pacientes, ropa de cama, ropa quirúrgica y otros artículos se separarán de la ropa y telas lisas, como sábanas, durante esta fase y se clasificarán según el tipo de ropa. Para guardar la ropa limpia en bolsas en un lugar limpio y seco para su posterior distribución a los distintos servicios del centro hospitalario, los profesionales de este centro de servicio de lavandería y planchado deben manipular la menor cantidad posible de ropa limpia.

5 Discusión-Conclusión

Asegurarse de que la ropa esté limpia, bien planchada y cómoda, así como ayudar en el cuidado del paciente y asegurarse de que no sea portador de infecciones, es una de las funciones correctas de un servicio de lavandería y planchado hospitalario. En la manipulación de la ropa sucia (recogida, clasificación, carga de las máquinas, etc.), que se produce en el proceso de descontaminación, se inhala una cantidad importante de bacterias con el aire) y al manipular ropa limpia, las bacterias del aire pueden depositarse en la ropa antes de ser entregada a los distintos servicios hospitalarios. En consecuencia, dado que este tipo de servicio se ofrece las horas al día que sean necesarias todos los días del año, por eso la labor del personal no sanitario que trabaja en él es de suma importancia.

6 Bibliografía

https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_ropa_lavand.pdf - <https://dokument.pub/modulo-7-lavado-y-desinfeccion-en-lavanderiaflipbook-pdf.html>
- https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Capt5_ropa_lavanderia.pdf

Capítulo 810

EL PROCESO QUE PASA LA ROPA EN EL SERVICIO DE PLANCHADO EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA

URSULA DIAZ SEGOVIA

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

1 Introducción

El manejo de la maquinaria de la plancha por parte del personal de gestión y servicio es fundamental. La manipulación adecuada de la ropa limpia y sucia en los distintos departamentos del hospital es igualmente crucial. A pesar de que la ropa sucia contiene muchas bacterias debido a los escalones implantados, los pacientes y el personal médico no corren ningún riesgo. La ropa sucia se recoge en bolsas o sacos; Se debe tener precaución para evitar la entrada de objetos metálicos, punzantes o perforantes. Además, es habitual emplear un detector de metales para mantener los objetos metálicos fuera de la lavadora. La ropa se saca de las lavadoras y se mete en la sección de planchado. Se ordenan las distintas prendas limpias. -La ropa se lleva a las zonas de secadoras y tablas de planchar. Los empleados de esta área son los encargados de sacar la ropa de las secadoras y

trasladarla a los distintos equipos de planchado y secado. También son responsables de doblar, planchar y secar la ropa, además de vigilar la calidad del producto terminado. En hospitales, residencias de ancianos, laboratorios o centros de salud públicos y privados, es crucial limpiar y desinfectar la ropa debido al COVID-19. Describir cómo se realiza la colada y el planchado en los centros de salud en el objetivo número dos.

2 Objetivos

Saber el proceso de planchado que se hace por parte del trabajador que trabaja en este servicio en los centros sanitarios.

3 Metodología

Para la realización del capítulo se ha buscado e investigado utilizando diferentes tipos de medios como libros y artículos sobre el proceso de lavado y planchado en el personal de gestión y servicio, también en páginas web, así como buscando palabras en el manual de procesos de lavandería y planchado.

4 Resultados

Conocer los distintos pasos del proceso de lavado y planchado es importante porque implica una cadena de operaciones. -Zona sucia: Es donde se realizan las actividades de recepción, almacenamiento, clasificación y pesaje (la ropa sucia pesa un 7% más que la limpia). -Zona limpia: aquí se realiza la clasificación, secado, prensado, recolección, inspección, almacenamiento y distribución. Para evitar la contaminación, es necesario dividir adecuadamente las dos áreas y los diversos procedimientos que se deben realizar entre la llegada de la ropa sucia y el ingreso de la ropa limpia después de haber sido limpiada, planchada y desinfectada. Las etapas son las siguientes: -Ingreso de prendas pesadas, sucias, lavadas, secadas, recogidas, revisadas, planchadas, conservadas, almacenadas y clasificadas. Todos los empleados deben usar EPP y uniforme. Técnica de lavado: varios modelos de lavadoras y lavaderos de coches con varias capacidades de carga. Porthole 1076 (lavadoras verticales), doméstica, pero con mayor carga de llenado, o carga lineal son las tres opciones de carga. El llamado "lavado de autos" es una cámara cilíndrica con un eje en forma de espiral en su interior que

se divide en 10 o 12 compartimentos, cada uno con su propio tambor herméticamente cerrado. Tanto las secadoras independientes como la propia lavadora (si hace las veces de secadora) son opciones para el secado. Cuando se completa el ciclo, la ropa se saca de la secadora y se coloca en una canasta o carro de transferencia designado exclusivamente para este fin antes de ser trasladada a la estación de planchado para finalizar el proceso. Varía en función de las características de cada tipo de prenda a planchar: la ropa plana (sábanas, fundas, etc.) se plancha en planchadora; La ropa de felpa sólo se dobla y no se plancha. Cada fibra y tejido debe plancharse utilizando la combinación adecuada de temperatura, presión, vapor, tiempo y humedad. La culminación del proceso, doblar la ropa, lo hace igualmente significativo. El servicio de lavandería y planchado es vital dada la pandemia de COVID-19 que afrontamos y de las enfermedades que encontramos en los centros sanitarios, como es un hospital.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto, la finalidad del departamento de lavandería y planchado en el sector hospitalario es muy importante. En una lavandería industrial hospitalaria bien organizada y equipada, los factores técnicos y humanos son fundamentales para su perfecto funcionamiento. Es muy importante contar con profesionales cualificados responsables de la protección personal de nuestros empleados, ya que repercute positivamente en su trabajo. En el departamento de planchado, los empleados de esta sala son responsables de retirar la ropa de las máquinas, clasificar la ropa limpia y transferirla a otras máquinas para secarla, después se deben de meter en carros donde se transporta hasta lencería.

6 Bibliografía

Lavandería y planchado en el Ámbito Sanitario: <https://dokument.pub/modulo7-lavado-y-desinfeccion-en-lavanderia-flipbook-pdf.html>

Personal de lavado y planchado del SAS funciones, procedimientos y contenidos: <https://dioposiciones.com/wp-content/uploads/2020/04/EXPLICACION3%93N-TEMA-1-LAVANDERIA-PLANCHADO.pdf>

Organización de ropa y lavandería en Centros Sanitarios: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_ropa_lavand.pdf

Manual de procesos de lavandería y manejo de ropa hospitalaria: <https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2020/03/MSalud->

Neuqu%C3%A9n1077
hospitalaria.pdf

Manual-Lavander%C3%ADa-y-manejo-de-ropa-

Capítulo 811

BENEFICIOS DE LA PRÁCTICA DE LA ATENCIÓN PLENA EN EL TRABAJO DEL CELADOR

LUIS ANGEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

JUAN ANTONIO NIEBLAS RODRÍGUEZ

M^a DEL CARMEN MUÑOZ COBOS

1 Introducción

El trabajo de los profesionales sanitarios y no sanitarios es tremendamente exigente.

Los últimos estudios coinciden en aportar evidencia sobrada de síndrome de burnout elevado en los entornos sanitarios, que merma la salud mental de estos profesionales, por lo que la atención a salud mental resulta prioritaria.

Existe una alta prevalencia de trastornos de ansiedad entre quienes trabajan en el campo de la salud, lo que la convierte en una de las profesiones más exigentes que pueden existir. Ya existe conciencia de que el trabajo del celador es una profesión que requiere movimiento constante, situaciones estresantes y un alto nivel de responsabilidad, ya que tienen contacto directo con los pacientes y sus familiares. La ansiedad es un término que está muy relacionado con el estrés y el Síndrome de Burnout (estar quemado), que la OMS identificó como un factor de riesgo laboral en el año 2000. El Síndrome de Burnout puede impactar negativamente en la salud mental, la calidad de vida e incluso la vida del profesional. Por ello,

incluir técnicas que ayuden a estos profesionales a luchar contra esta lacra, es fundamental.

Es el caso de la incorporación del Mindfulness, o atención plena, a la vida laboral del celador.

2 Objetivos

- Identificar los resultados de aplicar la práctica del Mindfulness en el trabajo diario del celador hospitalario.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda de bibliografía científica en distintas fuentes bibliográficas, tales como Dialnet, PubMed y Web of Science, a través de las palabras clave que siguen: celador, hospital, mindfulness, meditación, beneficios.

La restricción de fecha se establece entre los años 2010-2021.

4 Resultados

El mindfulness consiste en ser plenamente consciente de lo que ocurre a nuestro alrededor, en vivir en el aquí y el ahora. Promueve la observación, la contemplación, la ausencia de juicios y la observación desapasionada de los acontecimientos de nuestro entorno. Citando a profesionales psicólogos, especialistas en dicha técnica, podríamos decir que el "Mindfulness nos abre un espacio en el que podemos dar un paso atrás para poder contemplar el despliegue de heridas, rechazos, y fantasías mentales que emergen y acaban desvaneciéndose". Su aplicación en el entorno sanitario parece arrojar grandes beneficios.

En este sentido, se encuentra que el profesional celador que desarrolla sus funciones en el ámbito de la salud hace frente a continuas demandas a nivel físico, emocional y cognitivo. Son especialmente vulnerables aquellos profesionales que trabajan en unidades críticas, como son urgencias o cuidados intensivos. Abordar estas situaciones de adecuada beneficiará a su vida laboral y personal. Es por ello, que en diversos centros sanitarios han comenzado a aplicarse terapias basadas en la tercera generación, como es el Mindfulness o la práctica de la atención plena. Los estudios analizados demuestran que esta práctica presenta grandes beneficios en el ámbito sanitario. Como se ha mencionado, el mindfulness es una

práctica que consiste en que la persona sea capaz de prestar atención al momento presente, de una forma intencional, sin juzgar y mediante la aceptación y el desapego. Entre los trabajadores celadores se ha encontrado que su aplicación afecta positivamente a su rendimiento, a las relaciones interpersonales, así como al bienestar personal. Además, en el ámbito de trabajo se encuentran mayores niveles de atención y concentración, mejor atención al usuario y a la familia, así como una mayor satisfacción con el trabajo y una reducción de los trastornos y problemas del sueño.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que la práctica de mindfulness presenta múltiples beneficios en el celador hospitalario. Afecta de forma positiva no solo a su trabajo diario, sino también al clima laboral en el que se desenvuelve y apoya un bienestar psicológico y emocional continuado. También favorece el mantenimiento de la energía diaria y la dedicación laboral. Es, por lo tanto, un factor protector ante el síndrome de burnout y otros trastornos asociados.

La atención a la salud mental en el trabajador sanitario y no sanitario debería de ser una preocupación principal por parte de los organismos públicos, ya que es la base de la calidad asistencial.

6 Bibliografía

1. Bellosta-Batalla, M., Garrote-Caparrós, E., Pérez-Blasco, J., Moya-Albiol, L., & Cebolla, A. (2019). Mindfulness, empatía y compasión: Evolución de la empatía a la compasión en el ámbito sanitario. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*, 4(1), 47-57.
2. Fuertes Goñi, C., Aranda Auserón, G., & Arroyo Anies, M. P. (2016, August). Comunicación y mindfulness como prevención del burnout. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 39, No. 2, pp. 331-333). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

Capítulo 812

TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL: INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN MAYOR

ALEXANDRA ARANDA ROMERO

BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ

CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN

SILVIA EXPOSITO

ANGELA GUIRADO MARTOS

1 Introducción

La depresión mayor es un tipo de trastorno depresivo que consiste en un trastorno mental caracterizado por los siguientes síntomas: deprimido humor, bajo nivel de energía e interés por la vida, cambios en el apetito, alterándose los patrones de alimentación, alteración del sueño, dolores físicos así como pensamientos alterados.

Los síntomas pueden durar desde días a años y es necesario abordarlo y obtener un tratamiento adecuado. Afecta al 5% de la población. La mayoría de los casos es en mujeres, ya que se presenta el doble de casos con respecto al de hombres. Lo puede sufrir cualquier persona y afecta a aquella persona que lo padece en el ámbito laboral, familiar, incluso en el académico.

La depresión mayor suele comenzar entre los 15 y los 30 años, pero es mayor su presencia entre los 30 y 40 años, pero también se puede dar en la niñez y en personas ancianas.

Las personas suelen tratadas con medicación, en este caso antidepresivos, aunque en la mayoría de los casos también reciben asistencia sanitaria de terapeutas.

Hay casos en los que las personas que sufren una depresión mayor necesitan hospitalización debido a que ha habido episodios de auto negligencia o riesgo de autolesionarse o poder hacer daño a otras personas.

Aunque a lo largo de los siglos ha evolucionado las causas y el entendimiento de la naturaleza de la depresión mayor, aún sigue incompleto y sigue siendo objeto de investigación y discusión. Se incluyen factores psicosociales, psicológicos, evolutivos, biológicos y hereditarios.

2 Objetivos

Exponer a través de un caso clínico la sintomatología y el tratamiento desde terapia ocupacional de un paciente con trastorno depresivo mayor.

3 Caso clínico

Varón de 45 años, diagnosticado de depresión mayor en la unidad de media estancia desde la unidad de agudo para continuidad del tratamiento y elaboración de plan individualizado de rehabilitación. Vive solo y es soltero. Actualmente, se encuentra en desempleo. Ha trabajado siempre de camarero, pero lleva desde hace un año desempleado. Desde que se quedó desempleado, su depresión ha ido a peor, llegando incluso a autolesionarse, motivo por el que ingresó en la unidad de agudo.

Una vez ingresa en la unidad se realiza una valoración de las ABVD:

Respecto al aseo e higiene personal, viene con aspecto desaliñado y en estado de haber abandonado por completo estos hábitos, durante mucho tiempo. Hay que animarle a que mantenga rutinas concretas, como son el afeitado, cortado de uñas, etc. Comenta que no tiene ánimos para arreglarse, pero que siempre ha sido una persona muy aseda.

Con respecto a la alimentación, en este último periodo ha dejado la alimentación sana, empezando a consumir ultraprocesados y bebiendo incluso alcohol. Considera que actualmente no está contento con su imagen corporal.

En cuanto a hábitos de vida, comenta que lo único que hacía antes del ingreso en agudo consistía estar en casa, tumbado en el sofá, comiendo y bebiendo, salía lo

justo y necesario para hacer algunas compras.

Dice no descansar bien por las noches.

Respecto a su estado funcional, a su ingreso aquí se fatiga en pequeñas tareas como es barrer y fregar la habitación, o realizar desplazamientos en la calle, teniendo claro que es por no hacerlo en muchísimo tiempo y por el exceso de peso. Actualmente, tiene buena movilidad articular y según dice, le gusta la actividad física cuando se encuentra bien.

En cuanto a las AIVD:

A nivel económico actualmente cobra la prestación por desempleo.

Con respecto al uso de transporte público es independiente.

Con respecto a las tareas del hogar, comenta que antes de la depresión mantenía su casa cuidada y limpia.

Respecto a la toma de medicación, el tiempo que ha estado en casa no la ha tomado de manera constante, muchos días dice no haberla tomado.

En el ámbito educativo y laboral nos comenta que hizo la EGB. Ha estado trabajando siempre en la hostelería y en este último trabajo ha estado tres años.

Tiene habilidades numéricas conservadas, así como lectoescritura. Tiene conocimientos socioculturales básicos, comenta que antes escuchaba la radio habitualmente, le gustaba ver noticias y estar al día de noticias generales de actualidad.

Tiene el carnet de conducir B1.

Con respecto al ocio y tiempo libre, no tiene hábitos de ocio productivo. Antes, además de su trabajo, tenía poca vida social, comenta no haber sido una persona de muchas amistades.

Tras valoración se establecen los siguientes objetivos:

- Mantener y mejorar hábitos de AVDB.
- Mejorar y mantener las AVDI.
- Seguir estimulando la relación con otros, la comunicación y expresión de sentimientos.
- Mantener activa el área de ocio y tiempo libre, ofrecerle nuevas actividades e intereses en el nuevo contexto.
- Mantener activación funcional.
- Estimular el área educacional, y capacidades cognitivas, ofreciéndole actividades formativas.
- Fomentar hábitos de salud y autocontrol.
- Mantener participación social, en cuanto a relación con familiares, y facilitar una nueva red social relacional y de apoyo.

Para ello se utilizarán los siguientes programas de intervención:

- Programa de Comunicación y Expresión.
- Programa de AVDB.
- Programa de AVDI.
- Programa de Movilización y trabajo corporal.
- Programa de Integración Comunitaria.
- Programa de Ocio y Tiempo Libre.

Nos basaremos en el modelo de ocupación humana para esa mejora de la autonomía en las ABVD-AIVD, recuperación de roles y empleo.

4 Discusión-Conclusión

Para cerrar el caso clínico habría que añadir que además de la visión del terapeuta ocupacional y los objetivos establecidos, es imprescindible tener en cuenta al resto del equipo técnico, ya que será una intervención multidisciplinar y se establecerán objetivos comunes para mejorar la salud y bienestar del paciente.

5 Bibliografía

1. Consaludmental.org. Madrid: ONCE <https://consaludmental.org/la-confederacion/>
2. Ávila Álvarez A, Martínez R, Matilla R, Máximo N, Méndez B, Talavera MA, et al. Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: Dominio y Proceso. TOG www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf.
3. Rodríguez-Ruiz E. El papel del TO en la valoración funcional de personas con enfermedad mental. TOG (A Coruña).. <http://www.revistatog.com/num23/pdfs/colab2.pdf>
4. Bullock A, Bannigan K. Effectiveness of activity-based group work in community mental health: a systematic review. Am J Occup Ther [Internet]. 2011;65(3):25766. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med8&NEWS=N&AN=21675>

Capítulo 813

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA FARMACIA HOSPITALARIA

ANA CELIA MENDOZA ARCAS

1 Introducción

El servicio que se presta en una farmacia hospitalaria depende de la dimensión del hospital al que pertenece, es decir, cuanto mayor es el tamaño del hospital mayor será el número de personas que trabajan dentro de ésta y mayor el volumen y la diversidad de medicamentos, sueros, material fungible, etc que se dispensará desde este servicio a todas las secciones y departamentos de dicho hospital. Es un servicio que está supervisado por la Dirección Médica del hospital y es la encargada de elegir los tratamientos más adecuados para cada paciente, dando las recomendaciones necesarias en cuanto a su almacenaje, disposición, combinación, posología, contraindicación de cualquier producto sanitario, tanto a profesionales de la salud como a pacientes, para un uso seguro y eficaz de estos. Es un servicio donde debe primar la responsabilidad ya que la recuperación de muchas personas depende del buen hacer de los profesionales que ahí trabajan, siendo muy perfeccionista en la comprobación de tratamientos, dosis, vía de administración e inclusive el horario de toma de los productos sanitarios y de medicamentos, haciendo hincapié en los tratamientos como pueden ser los tratamientos oncológicos (citostáticos) que salen de farmacia ya preparados y cualquier error sería de graves consecuencias. Para que esto sea posible, la farmacia hospitalaria debe estar dotada de diferentes profesionales como son farmacéuticos, técnicos de farmacia, enfermeros, técnicos auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y celadores.

El celador es un elemento clave en el buen funcionamiento de la farmacia hospitalaria debido a la serie de funciones que desempeña dentro de esta que hacen que su labor sea muy importante.

2 Objetivos

Explicar las funciones de los celadores en el servicio de farmacia hospitalaria.

3 Metodología

El método utilizado para realizar el siguiente capítulo ha consistido en una revisión bibliográfica sistemática sobre las funciones del celador en la farmacia hospitalaria. Se ha investigado exhaustivamente en libros y revistas científicas, consultando artículos en las principales bases de datos, como pubmed, scielo y Medline escogiendo publicaciones académicas revisadas y usando como palabras claves celador, farmacia hospitalaria, funciones.

4 Resultados

Los hospitales que cuentan con un número superior a cien camas, deben contar con servicio de farmacia. Este servicio de farmacia debe estar bajo la titularidad de un farmacéutico, siendo éste la persona responsable de dicho servicio. También debe constar de más personal, como hemos enunciado anteriormente, entre los que se encuentra el celador.

El celador tiene una serie de funciones dentro del servicio de farmacia que vamos a enumerar a continuación.

1. Recepción de pedidos. El celador debe recibir los pedidos que lleguen al servicio de farmacia y comprobar que dichos pedidos son correctos mediante la verificación de los albaranes.
2. Entrega de albaranes. Entregará los albaranes al personal sanitario, siendo éstos últimos los responsables de su clasificación y colocación, ya que el celador no es el responsable de colocar la medicación.
3. Movilización de material pesado o de gran tamaño. El celador es la persona encargada de movilizar el material pesado en la farmacia hospitalaria como cajas de suero, alcohol, ..., por lo que es la persona encargada de colocarlos en su sitio para proceder después a su distribución cuando sea necesario.

4. Distribución a diversas unidades hospitalarias. El celador dispone todo el suero, alcohol,.. necesario a todos los servicios del hospital desde la unidad de farmacia hospitalaria.
5. Traslado de carros. El celador debe llevar los carros de medicación preparada en el servicio de farmacia para llevarlos a las correspondientes unidades hospitalarias, para su posterior dispensación por el personal sanitario.
6. Preparación de alcohol. El celador es la persona que hace la mezcla de alcohol y agua destilada en las proporciones adecuadas para ser rebajado al 70% para su empleo en las diferentes unidades del hospital.
7. Traslado de productos. Cualquier transporte de material desde las diferentes unidades del hospital al servicio de farmacia hospitalaria.
8. Vigilancia. Deberá vigilar la farmacia, para que no pasen personas no autorizadas a ésta y que no se haga mal uso o abuso del material.
9. Inventario. Será responsable de colaborar en la realización de los inventarios, aportando su granito de arena.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos explicado el servicio de farmacia hospitalario realiza un trabajo indispensable para el buen funcionamiento del hospital, ya que es el encargado de proveer de material sanitario a todo éste, gestionando todo ese material de forma adecuada, segura y responsable. En toda esta labor tiene un papel importante el celador, ya que es el encargado de la recepción del material, comprobar que los pedidos sean correctos, traslado de material como sueros y alcoholes a todos los servicios, vigilancia del servicio, entre otras, por lo que colabora de una manera importante en el funcionamiento adecuado de todo el hospital, ya que si su labor dejara de hacerse, atrasaría el trabajo del resto de personal.

6 Bibliografía

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-que-realiza-el-celador-a-en-la-farmacia-hospitalaria/>

<https://revistamedica.com/farmacia-hospital-celador/>

Farmacia hospitalaria: funciones del celador en la Unidad de Farmacia - III Congreso Virtual SICEPA - USIPA "2023: Sanidad, un trabajo en equipo" (congresosicepa.com)

El CELADOR en el servicio de FARMACIA ¡sus funciones! | FisioStar

Capítulo 814

COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA TÉCNICA DE RECOGIDA DE DIURESIS 24 HORAS.

NOELIA TORIJA GARCIA

M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO

RAQUEL PIÑERO BLANCO

NURIA ALFARO LA ORDEN

PALOMA GÓMEZ LÓPEZ SERRANO

1 Introducción

La recogida de diuresis de 24 horas, también conocida como colección de orina de 24 horas, es un procedimiento médico utilizado para medir con precisión la cantidad total de orina que una persona produce en un período de 24 horas. Esta prueba es valiosa en el campo de la medicina para evaluar la función renal y diagnosticar afecciones médicas relacionadas con el equilibrio de líquidos y electrolitos en el cuerpo.

El procedimiento generalmente comienza con la eliminación de la primera micción de la mañana, y a partir de ese momento, todas las muestras de orina que se produzcan en las próximas 24 horas se recogen en un recipiente especial de

recolección. Esto incluye la orina de día y de noche. Es importante mantener la orina en condiciones específicas de temperatura y almacenamiento para garantizar la precisión de la prueba.

La recogida de diuresis de 24 horas se utiliza en diversas situaciones clínicas, como la evaluación de la función renal, el diagnóstico de trastornos metabólicos, el monitoreo de la excreción de proteínas en la orina, la evaluación de la ingesta de líquidos y la respuesta al tratamiento en pacientes con afecciones como la insuficiencia renal crónica o la diabetes. Los resultados de esta prueba proporcionan información valiosa para guiar la atención médica y el tratamiento.

La recogida de diuresis de 24 horas es un procedimiento médico que permite medir con precisión la cantidad total de orina producida en un día y desempeña un papel esencial en la evaluación de la función renal y el diagnóstico de diversas afecciones médicas relacionadas con la excreción de líquidos y electrolitos en el cuerpo.

2 Objetivos

El objetivo que se tiene de forma principal es mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel importante en la recogida de diuresis de 24 horas para un paciente. Esta tarea es esencial para obtener información precisa sobre la función renal y otras condiciones médicas. A continuación, se describen las funciones clave del TCAE en este proceso:

- Preparación del paciente: El TCAE debe explicar claramente el procedimiento al paciente, asegurándose de que comprenda la importancia de recoger todas las muestras de orina durante las próximas 24 horas. Esto incluye brindar instrucciones sobre cómo almacenar y etiquetar adecuadamente cada muestra.
- Proporcionar los suministros necesarios: El TCAE es responsable de proporcionar al paciente los recipientes de recolección de orina, así como instrucciones escritas sobre cómo realizar el procedimiento de manera adecuada. Deben asegurarse de que el paciente tenga todo lo necesario para llevar a cabo la recogida de manera eficiente.
- Supervisión y seguimiento: Durante el período de recogida de 24 horas, el TCAE debe monitorear y registrar el cumplimiento del paciente con el procedimiento. Esto incluye verificar que todas las muestras se recojan correctamente, que estén debidamente etiquetadas y almacenadas, y que no se haya perdido ninguna.
- Apoyo emocional: La recogida de diuresis de 24 horas puede ser incómoda y requerir paciencia. El TCAE debe brindar apoyo emocional al paciente, escuchando sus preocupaciones, aliviando sus ansiedades y garantizando su comodidad durante todo el proceso.
- Comunicación con el personal de enfermería: Es esencial que el TCAE mantenga una comunicación efectiva con el personal de enfermería o médicos responsables del paciente. Esto incluye la notificación de cualquier problema o anomalía en la recogida de orina y la transmisión de información relevante para el diagnóstico y tratamiento.
- Registro de datos: El TCAE debe llevar un registro preciso de la hora y la cantidad de cada muestra de orina recogida, así como cualquier observación relevante. Estos registros son cruciales para el análisis médico posterior.

El TCAE desempeña un papel fundamental en la recogida de diuresis de 24 horas al preparar al paciente, proporcionar suministros, supervisar el procedimiento, brindar apoyo emocional y mantener una comunicación eficaz con el personal médico. Su contribución garantiza que se obtenga información precisa para la evaluación médica y el diagnóstico adecuado del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La recogida de diuresis de 24 horas es una parte fundamental de la evaluación médica y diagnóstico de diversos trastornos. Como técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), es esencial seguir cuidadosamente las pautas para garantizar resultados precisos. Mi recomendación principal es la atención meticulosa a los detalles y la puntualidad. Asegúrese de iniciar la recogida en el momento adecuado y recoja cada muestra de orina según las indicaciones, registrando la hora exacta de inicio y final de la colección. El etiquetado claro de cada recipiente es crucial, ya que ayuda a mantener la integridad de las muestras y evita confusiones. Además, practique una buena higiene personal y aliente al paciente a hacer lo mismo para prevenir la contaminación cruzada.

La comunicación es clave; si encuentra algún problema o tiene preguntas, no dude en consultar al personal de enfermería. Siguiendo estas pautas, contribuirá a obtener resultados precisos y útiles para el diagnóstico y tratamiento del paciente, asegurando una atención médica de calidad.

6 Bibliografía

1. Gutiérrez, L. V., Herrero, C. M. G., Suárez, M. C. C., & Zapico, E. I. G. (2019). Análisis descriptivo del aparato urológico: funcionamiento, enfermedades, tratamiento y cuidados realizado por TCAE. In *Intervención e investigación en contextos clínicos y de la salud: volumen IV* (pp. 25-28). Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP).

Capítulo 815

COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA TÉCNICA DE RECOGIDA DEL UROCULTIVO

NOELIA TORIJA GARCIA

M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO

RAQUEL PIÑERO BLANCO

NURIA ALFARO LA ORDEN

PALOMA GÓMEZ LÓPEZ SERRANO

1 Introducción

El urocultivo es un análisis de laboratorio que se utiliza para detectar la presencia de microorganismos, como bacterias, en la orina. Este estudio es fundamental para el diagnóstico y el seguimiento de infecciones del tracto urinario (ITU), que pueden afectar la vejiga, los riñones, la uretra o el uréter. El urocultivo proporciona información valiosa sobre el tipo de microorganismos involucrados en la infección y su sensibilidad a los antibióticos, lo que guía el tratamiento adecuado.

El proceso de urocultivo comienza con la recolección de una muestra de orina estéril, generalmente de la primera mañana. Esta muestra se coloca en un medio

de cultivo en el laboratorio, donde se permite el crecimiento de microorganismos presentes en la orina durante un período de tiempo específico. Luego, se examinan las colonias bacterianas que han crecido en el medio, se identifican y se realizan pruebas de sensibilidad a los antibióticos para determinar cuál es el tratamiento más efectivo.

El urocultivo es esencial para el diagnóstico preciso de las ITU, ya que permite diferenciar entre infecciones bacterianas y otras condiciones que pueden causar síntomas similares. También es valioso en el seguimiento de pacientes con ITU recurrentes o en la evaluación de la efectividad del tratamiento. En resumen, el urocultivo es una herramienta diagnóstica fundamental en la detección y el manejo de infecciones del tracto urinario, proporcionando información esencial para el tratamiento médico adecuado y la prevención de complicaciones.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia.

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 desempeñan un papel esencial en la técnica de recogida de urocultivo, contribuyendo al proceso de diagnóstico y tratamiento de las infecciones del tracto urinario (ITU). Aquí se describen sus funciones clave en este proceso:

Educación y preparación del paciente: El TCAE debe proporcionar instrucciones claras al paciente sobre cómo recolectar una muestra de orina adecuada para el urocultivo. Esto incluye explicar la importancia de la higiene personal, la recolección de la primera mañana y las precauciones necesarias para evitar la contaminación de la muestra.

Suministro de materiales: Es responsabilidad del TCAE proporcionar al paciente los materiales necesarios para la recogida, como un recipiente de recolección estéril y una etiqueta de identificación. Deben asegurarse de que el paciente tenga todo lo que necesita para realizar el procedimiento correctamente.

Asistencia durante la recogida: En algunos casos, el paciente puede requerir asistencia para la recogida de la muestra de orina, especialmente si tienen dificultades físicas. El TCAE debe estar preparado para brindar esta ayuda con sensibilidad y respeto.

Etiquetado y registro: Una vez que el paciente ha recogido la muestra, el TCAE debe asegurarse de que esté debidamente etiquetada con la información correcta, como el nombre del paciente y la hora de recolección. Además, debe registrar esta información en la documentación médica adecuada.

Transporte de la muestra: El TCAE es responsable de transportar la muestra de orina al laboratorio de manera segura y rápida para su análisis. Deben seguir protocolos específicos de manejo y almacenamiento para garantizar la integridad de la muestra.

Comunicación con el personal de enfermería: Es fundamental que el TCAE comunique cualquier problema o dificultad que surja durante la recogida de la muestra al personal de enfermería o al médico responsable. Esto garantiza que se aborden cualquier preocupación y que se obtengan resultados precisos.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE juega un papel crucial en la técnica de recogida de urocultivo al educar y preparar al paciente, proporcionar materiales, brindar asistencia cuando sea necesario, garantizar un etiquetado adecuado y un registro preciso, y asegurarse de que la muestra se transporte de manera segura al laboratorio. Su contribución es esencial para el proceso de diagnóstico y tratamiento de las ITU, garantizando resultados confiables y atención de calidad para el paciente.

6 Bibliografía

1. Gutiérrez, L. V., Herrero, C. M. G., Suárez, M. C. C., & Zapico, E. I. G. (2019). Análisis descriptivo del aparato urológico: funcionamiento, enfermedades, tratamiento y cuidados realizado por TCAE. In *Intervención e investigación en*

contextos clínicos y de la salud: volumen IV (pp. 25-28). Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP).

Capítulo 816

COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA TÉCNICA DE RECOGIDA DEL SISTEMÁTICO DE ORINA

NOELIA TORIJA GARCIA

M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO

RAQUEL PIÑERO BLANCO

NURIA ALFARO LA ORDEN

PALOMA GÓMEZ LÓPEZ SERRANO

1 Introducción

Un análisis de orina sistemático, también conocido como análisis de orina completo, es un estudio de laboratorio que evalúa diversas características y componentes de la orina con el objetivo de proporcionar información importante sobre la salud y el funcionamiento del cuerpo. Este análisis es una herramienta de diagnóstico valiosa que se utiliza en la medicina para identificar afecciones médicas, evaluar la función renal y monitorear la salud general de un individuo.

El análisis de orina sistemático abarca múltiples aspectos, como la apariencia física de la orina (color, turbidez), la densidad urinaria (concentración de solutos), la acidez (pH), la presencia de proteínas, glucosa, cuerpos cetónicos, bilirrubina y sangre, así como la detección de elementos anormales como cilindros y cristales. Además, se realiza un recuento de células sanguíneas y se identifican y cuantifican los sedimentos celulares presentes en la muestra.

Este análisis es valioso en la detección de una amplia variedad de afecciones, como infecciones del tracto urinario, diabetes, enfermedades renales, trastornos hepáticos, entre otros. También se utiliza en exámenes médicos de rutina y como parte de la evaluación preoperatoria. La información obtenida del análisis de orina sistemático proporciona pistas sobre el estado de salud del paciente y puede guiar al médico en la toma de decisiones clínicas, lo que lo convierte en una herramienta esencial en la atención médica.

El análisis de orina sistemático es un estudio de laboratorio exhaustivo que evalúa múltiples características y componentes de la orina para proporcionar información valiosa sobre la salud y el funcionamiento del cuerpo. Su aplicación es fundamental en el diagnóstico de diversas afecciones médicas y en la evaluación de la salud general de los individuos.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia.

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 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel crucial en la recogida de un análisis de orina sistemático, también conocido

como análisis de orina completo. Esta tarea es fundamental en la atención médica, ya que proporciona información valiosa sobre la salud y el funcionamiento del cuerpo. A continuación, se describen sus funciones clave en este proceso:

Educación y preparación del paciente: Los TCAE deben explicar claramente al paciente el procedimiento, brindando instrucciones sobre la recolección de la muestra de orina. Esto incluye la importancia de la higiene personal, cómo obtener una muestra de orina media y el uso de un recipiente de recolección estéril.

Proporcionar materiales: Es responsabilidad de los TCAE proporcionar al paciente los materiales necesarios para la recolección, como el recipiente de recolección de orina y una etiqueta de identificación. Aseguran que el paciente tenga todo lo necesario para realizar el procedimiento correctamente.

Asistencia durante la recolección: Algunos pacientes pueden requerir ayuda para la recolección de la muestra de orina debido a problemas físicos o limitaciones. Los TCAE deben estar preparados para brindar esta asistencia con cuidado y respeto, garantizando la comodidad del paciente.

Etiquetado y registro: Una vez que el paciente ha recogido la muestra, los TCAE deben asegurarse de que esté debidamente etiquetada con la información correcta, como el nombre del paciente y la hora de la recolección. Además, registran esta información en la documentación médica adecuada.

Transporte de la muestra: Los TCAE son responsables de transportar la muestra de orina al laboratorio de manera segura y oportuna. Sigue protocolos específicos de manejo y almacenamiento para mantener la integridad de la muestra.

Comunicación con el personal de enfermería: Es fundamental que los TCAE comuniquen cualquier problema o dificultad que surja durante la recolección de la muestra al personal de enfermería o al médico responsable. Esto garantiza que se aborden las preocupaciones y que se obtengan resultados precisos.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE juegan un papel esencial en la recogida de un análisis de orina sistemático al educar y preparar al paciente, proporcionar materiales, brindar asistencia cuando sea necesario, garantizar un etiquetado adecuado y un registro preciso, y asegurarse de que la muestra se transporte de manera segura al laboratorio. Su contribución es esencial para el proceso de diagnóstico y tratamiento,

garantizando resultados confiables y atención de calidad para el paciente.

6 Bibliografía

1. Gutiérrez, L. V., Herrero, C. M. G., Suárez, M. C. C., & Zapico, E. I. G. (2019). Análisis descriptivo del aparato urológico: funcionamiento, enfermedades, tratamiento y cuidados realizado por TCAE. In *Intervención e investigación en contextos clínicos y de la salud: volumen IV* (pp. 25-28). Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP).

Capítulo 817

PRÁCTICA CENTRADA EN LA FAMILIA: APLICACIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA

SONIA CANO PIQUERAS

MIRIAM SOSA GORDO

OLGA LÓPEZ DURÁN

ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA

JOSEFA CAÑAS CARRILLO

1 Introducción

Según el Libro Blanco de Atención Temprana, esta se define como el conjunto de intervenciones dirigidas a niños de 0 a 6 años con trastornos en su desarrollo o con riesgo de padecerlos, a su familia y su entorno.

Aun así, la realidad, es que en general en España los modelos de trabajo en atención temprana siguen dando prioridad al enfoque rehabilitador, centrándose prácticamente en exclusiva en el niño y en tratar las consecuencias del déficit, descuidando de este modo a su familia y entorno.

Frente a ello, se encuentra el modelo de intervención centrado en la familia o práctica centrada en la familia que, teniendo una visión más holística, busca apoyar

y capacitar a la familia teniendo en cuenta sus singularidades y necesidades, partiendo de sus fortalezas y confiando en sus elecciones, creando así oportunidades y experiencias favorables que promuevan la participación activa del niño en los diferentes entornos naturales y a partir de las rutinas diarias.

Entre otros beneficios, dicho enfoque ofrece las máximas oportunidades de aprendizaje y desarrollo, y obtiene mejores resultados por centrarse en las fortalezas y capacidades del niño y su familia. Además, la participación activa de la familia es un indicador del éxito alcanzado desde dicho enfoque, esta participación es indispensable para ser más eficaces en los apoyos y en los servicios, y para conseguir una mayor calidad de vida para todos los miembros.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste la práctica centrada en la familia aplicada en atención temprana, así como las principales pautas de este tipo de intervención.
- Describir las distintas fases que componen la intervención desde terapia ocupacional siguiendo dicho enfoque.
- Exponer los beneficios y consecuencias positivas para la familia y el niño.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica existente sobre la práctica centrada en la familia y su aplicación desde terapia ocupacional en atención temprana, a través de Google Académico, en idioma castellano, sin aplicar restricciones por fecha y usando como palabras clave “terapia ocupacional”, “práctica centrada en la familia”, “modelo”, “enfoque”, “atención temprana” y “familia”.

4 Resultados

Entrando más en detalle en la práctica centrada en la familia, ésta puede considerarse no solo una metodología, sino una filosofía, unas creencias y valores a partir de los cuales los profesionales apoyan el desarrollo y las capacidades de las familias promoviendo el progreso del niño. Existen dos tipos de práctica, la relacional (en la que el profesional desarrolla hacia los familiares comportamientos interpersonales como cordialidad, escucha activa, empatía y sinceridad, entre otras, las cuales crean relaciones efectivas y fomentan las alianzas de trabajo) y

la participativa (más orientada a las acciones que las familias deben realizar en la intervención, abarcando el control de las actuaciones, la forma de compartir información por ambas partes, el enseñar nuevas habilidades, animarles a tomar decisiones y a usar sus conocimientos y capacidades), el uso de ambas prácticas es lo que distingue a este tipo de enfoque respecto a otros.

Este modelo ve al niño de manera holística y pone el énfasis en los entornos naturales, es decir aquellos lugares en los que vive, aprende y juega, como es la familia, escuela y comunidad, siendo éstos, contextos por excelencia para crear oportunidades y experiencias favorables que promuevan el desarrollo y la participación activa.

Los elementos fundamentales de la práctica centrada en la familia son:

- Reconocer que la familia es una constante en la vida del niño y un sistema de apoyo social, básico para su desarrollo.
- Tratar a la familia con respeto y dignidad. Conocer, centrarse y aprovechar las fortalezas, capacidades, competencias y recursos de la familia.
- Diseñar sistemas de servicio accesibles, flexibles, culturalmente competentes y sensibles a las necesidades de la familia y el niño.
- Facilitar la colaboración entre familia y profesional en todos los niveles, por ejemplo, invitando a la familia a las reuniones para poder compartir continuamente información y dudas, cambiando el orden del día de una reunión para que un miembro pueda asistir, e involucrándolos como participantes activos en cualquier proceso de planificación, toma de decisiones, búsqueda de recursos y apoyos.
- Aprender de la familia, dar autoridad, capacitar y compartir consejos para que en su entorno puedan seguir dando un apoyo eficaz.

En cuanto a las distintas fases que componen la intervención desde terapia ocupacional siguiendo la práctica centrada en la familia en atención temprana, encontramos:

1) Evaluación del contexto familiar y del niño:

Se debe evaluar el nivel de competencias del niño, usando para ello escalas de desarrollo como las Escalas de Bayley, Escalas de desarrollo Merrill-Palmer revisadas (MP-R), entre otras.

Pero la principal diferencia entre la práctica centrada en la familia y otros modelos en atención temprana, radica en la importancia dada a la evaluación del con-

texto y entorno del niño, no solo del más cercano sino también su quehacer diario, con quién y cómo lo hace y así ayudarle a desarrollar al máximo sus capacidades en y a partir de las actividades diarias. Éstas son especialmente significativas para el niño pues se dan cada día, con personas relevantes, en un entorno conocido y con sus propios materiales, aspectos que promueven el aprendizaje.

Para conocer dichas actividades, se puede usar la entrevista semiestructurada basada en rutinas (EBR), en la que se recogen las rutinas diarias de la familia en general y del niño en particular y se valora el grado de satisfacción con ellas, de ahí surgen las preocupaciones, necesidades y futuros objetivos de intervención. La EBR tiene dos momentos, primero uno de preparación donde se le explica a la familia el objetivo y duración de la misma, y se les pide reflexionar sobre las rutinas que realizan con el niño y las principales preocupaciones, posteriormente se realiza la entrevista en sí que dura en torno a dos horas, y en la que además de explicar qué hace cada uno en esa rutina, se pide valorar la participación del niño, su autonomía, comunicación y habilidades sociales. Mencionar que la EBR, aunque en ocasiones tenga una función terapéutica, es un instrumento de valoración, el primer momento de acercamiento, por lo que se debe tener una actitud de escucha y crear un clima afectivo cálido y sin prejuicios, abandonando la posición de experto para convertirse en colaborador y facilitador.

Otros instrumentos de valoración útiles son la escala Measure of Engagement, Independence, and Social Relationships (MEISR), que evalúa las competencias del niño en las rutinas diarias, éstas son divididas por intervalos de edad, y el Ecomapa, que busca la comprensión ecológica de la realidad familiar (afinidad psicológica con la red de apoyos, disponibilidad de los miembros y congruencia entre necesidades y apoyo recibido), ayudando a familia y profesionales a identificar los apoyos formales e informales con los que se cuenta, así como la relación con cada uno, es decir, explorar la cantidad, calidad e intensidad de éstos.

2) Redacción de objetivos funcionales:

Tras realizar la evaluación, identificadas las necesidades y prioridades de la familia y el niño, se redactan junto a ésta los objetivos funcionales a perseguir (comportamientos o habilidades necesarios para participar en actividades o rutinas diarias logrando el máximo nivel de desarrollo posible).

A la hora de redactar los objetivos funcionales, hay una serie de contenidos comunes que deberían incluir: Nombre de la persona para la que se dirige, verbo de acción, lugar donde se pondrá en práctica, razones que lo justifiquen, acciones

o estrategias a realizar (qué se va a hacer, quién, cómo, dónde y cuándo) y un criterio indicador de haber alcanzado el logro.

Siguiendo los principios de la práctica centrada en la familia, los objetivos deben cumplir una serie de criterios: Ser funcionales y necesarios para que el niño y su familia participen en actividades significativas, según su criterio y no del profesional, éste se limita a dar estrategias para alcanzarlos; ser redactados sin jergas, reflejando situaciones reales de la vida diaria y rutinas familiares; enfatizar acciones positivas identificando lo que niño y familia podrán hacer; usar la voz activa más que la pasiva, utilizando expresiones que supongan la implicación y participación activa del niño y su familia en las rutinas, siendo así los actores principales; y acordar objetivos tanto para el niño como para el resto de miembros de la familia si es necesario.

3) Elaboración del Plan Individualizado de Apoyo Familiar (PIAF):

Elemento central de la práctica centrada en la familia, pues se crea en consenso y colaboración entre el centro de atención temprana y la familia, teniendo en cuenta y respetando sus fortalezas, creencias, valores, decisiones, expectativas y necesidades, sirviendo de brújula durante todo el proceso y empoderándolas. El PIAF se nutre de las informaciones aportadas con los instrumentos de evaluación y la observación, desde los cuales se concretan y acuerdan junto con la familia los objetivos a alcanzar, a través de propuestas de intervención como actividades, estrategias y los apoyos y recursos formales e informales que puedan necesitar.

Para la elaboración del PIAF, hay una serie de elementos indispensables: Dar importancia a los entornos naturales y competentes; identificar al profesional de referencia para el niño y su familia; informar sobre los recursos para la promoción del desarrollo del niño; concretar los servicios específicos de intervención, incluyendo la frecuencia, extensión, duración prevista y metodología; reflejar los resultados esperados, incluyendo el desarrollo (físico, cognitivo, comunicativo, social, emocional y adaptativo) actual del niño, así como los criterios, procedimientos y plazos para comprobar el progreso y las modificaciones o revisiones de los resultados.

4) Seguimiento del PIAF:

Se realizará a partir de dos procedimientos complementarios: La revisión de los objetivos del PIAF (se hará periódicamente respetando los tiempos acordados en el PIAF) y tras cada una de las sesiones de seguimiento (en cada reunión/sesión

entre profesional y familia, se recoge aquella información más importante desde la última visita, objetivos del PIAF, actividades realizadas y aspectos pendientes para la próxima reunión), buscando estudiar el progreso del niño y la familia, además de valorar si es necesario introducir modificaciones en cuanto a objetivos y estrategias iniciales. Cuando sean necesarias dichas modificaciones, las cuales pueden repetirse cuanto sea necesario, se debe redactar un breve documento, adjuntado como anexo al PIAF, que incluya fecha, nuevo objetivo o prioridad junto a las estrategias acordadas, y firmado por ambas partes.

5) Atención en el entorno natural y competente:

Las intervenciones propuestas están pensadas para, siempre que sea posible, darse en el entorno natural del niño, buscando dar estrategias y ayudar a la familia a que puedan implementarlas dentro de sus rutinas cotidianas, favoreciendo así la participación del niño, la generalización de los aprendizajes, y la mayor competencia, colaboración y confianza de la familia en el desarrollo de éste, sin necesidad de buscar materiales o ejercicios que requieran de tiempo familiar extra. Este entorno natural incluye cualquier lugar en el que el niño realice sus rutinas, como podría ser por ejemplo el supermercado, el parque, la escuela, el CDIAT o el hogar, mediante visitas domiciliarias.

En general se dan las siguientes fases: Presentación o preparación de lo que vamos a hacer (según los objetivos acordados, se establecen las rutinas y lugares en las que se darán los apoyos), discusión y observación (de lo que ocurre antes, durante y después de la rutina, si no es posible visualizarla, se puede pedir a la familia una descripción detallada o una grabación; es entonces el momento de aportar estrategias para solucionar problemas), práctica de estrategias (la familia puede pedir una demostración de cómo implementarla, para ello podemos usar el modelado directamente con el niño, para mejor visualización y posterior puesta en práctica supervisada por el profesional, perfeccionándola) y planificación, programación y conclusión (familia y profesional deciden las estrategias que implementarán, éstas ya habrán sido practicadas y podrán incorporarse como parte de sus rutinas hasta la próxima visita, que en general es semanal pero dependerá de lo acordado).

6) Evaluación y modificación del PIAF:

El PIAF, además de sufrir un continuo seguimiento de sus objetivos buscando realizar modificaciones si son precisas, debe contar con una fecha prevista para su revisión, que puede ser flexible según los objetivos propuestos, pero suele ser

tras unos 6 meses de implementación del PIAF.

En dicha revisión se hará una evaluación de los progresos, esto consiste en valorar junto con la familia cuáles de los objetivos planteados se han conseguido (dando sentimientos de logro y éxito, aumentando el sentido de autoestima, competencia, motivación y confianza en sus propias habilidades y en relación al trabajo con el niño y su progreso) y cuáles no se han conseguido, lo han hecho parcialmente, están en proceso o directamente no se han trabajado (se debe reflexionar sobre ellos y sus estrategias de intervención, si están bien planteados, ajustados al momento evolutivo del niño, si son realistas, realmente funcionales y prioridad para la familia, si han surgido problemas que hayan podido interferir, si las estrategias acordadas se han podido efectuar, entre otras, tras las cuales se deberán tomar decisiones, como pueden ser mantener el objetivo para el próximo PIAF, cambiarlo por otro, ajustarlo, modificar la estrategia, etc.), esta evaluación llevará a una actualización de las preocupaciones y necesidades familiares y al planteamiento de objetivos futuros para el nuevo PIAF.

Además de la evaluación de los objetivos, se debe revisar el ecomapa (comprobando si la red de apoyos familiar se mantiene igual o se han dado cambios significativos, como contar con más o menos apoyos o recursos) y las rutinas familiares mediante la EBR (se actualizarán aquellas rutinas o actividades que sean nuevas o se den de forma diferente a la anterior vez, pudiendo aparecer así nuevas preocupaciones y necesidades; algunas pueden haber sido previstas con tiempo pudiendo hacer coincidir la fecha de revisión del PIAF con dicho cambio, en cambio otras pueden darse de forma inesperada, descubriéndolas al realizar la revisión o si es preciso antes, adelantándola).

5 Discusión-Conclusión

Durante los anteriores apartados se ha aclarado en qué consiste la práctica centrada en la familia, pudiendo resumirla en, un enfoque ecológico, sistémico, individualizado, flexible y sensible a las necesidades descritas por la familia, en el que se reconoce la importancia de los entornos naturales y de las rutinas diarias para el desarrollo del niño y el fortalecimiento del funcionamiento familiar, promoviendo una relación de colaboración e igualdad entre profesional y familia, donde se reconozca el protagonismo de estas, las empodere, dé énfasis a las fortalezas, recursos y toma de decisiones. También se han descrito las distintas fases que componen la intervención desde terapia ocupacional siguiendo este enfoque en atención temprana.

Aunque en España esta forma de trabajo aún no está muy extendida, en cuanto a la eficacia y beneficios de su uso, las evidencias científicas son claras: Los profesionales la consideran de gran valor, pues les permite establecer un vínculo distinto, de colaboración, conociendo el día a día del niño y su familia, sus fortalezas y preocupaciones, de forma más sensible a las necesidades reales. Las familias tienen un mayor bienestar psicológico y satisfacción con los servicios recibidos, mejoran sus creencias de autoeficacia, confianza y se sienten más capaces y competentes (empowerment) a la hora de atender sus necesidades y las del niño, y valoran positivamente el hecho de centrarse en las rutinas diarias en sus propios contextos, promoviendo todo ello el desarrollo del niño al mejorar el funcionamiento familiar y facilitar las oportunidades de aprendizaje e interacción. Sobre el niño, además, al promoverse relaciones positivas por el acompañamiento de su familia, se generará un impacto positivo en su desarrollo social y emocional, favoreciendo también su implicación en relaciones entre iguales.

Mencionar que, en general, aquellas personas que usan la práctica centrada en la familia remarcan la necesidad de un mayor conocimiento sobre dicho enfoque, mayor formación, y la oportunidad de mantener más reuniones con otros profesionales, así como más sesiones de intercambio con las familias.

6 Bibliografía

1. Moreno Estrella B. Revisión bibliográfica sobre la Terapia Ocupacional en entornos naturales: modelo centrado en la familia en atención temprana. UMH [Internet]. 2016 [citado 2023]. Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3237/1/Moreno%20Estrella%2C%20Ba%CC%81rbara.pdf>
2. Espe-Sherwindt M. Práctica centrada en la familia: colaboración, competencia y evidencia. UM [Internet]. 2008 [citado 2023]. Disponible en: https://webs.um.es/fags/docs_miaat/2008espe_sherwindt.pdf
3. García Sánchez FA, Rubio Gómez N, Orcajada Sánchez N, Escorcía Mora CT, Cañadas M. Necesidades de formación en prácticas centradas en la familia en profesionales de atención temprana españoles. Bordón: revista de pedagogía [Internet]. 2018 [citado 2023]. Disponible en: <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/168262>
4. Dalmau M, Balcells Balcells A, Giné C, Cañadas M, Casas O, Salat Y, Farré V, Calaf N. Cómo implementar el modelo centrado en la familia en la intervención temprana. Anales de Psicología [Internet]. 2017 [citado 2023]. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.33.3.263611>

5. Práctica centrada en la familia. Plena inclusión España [Internet]. 2021 [citado 2023]. Disponible en: <https://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/recurso/practica-centrada-en-la-familia/>

Capítulo 818

ROL DE TERAPIA OCUPACIONAL EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

SONIA CANO PIQUERAS

OLGA LÓPEZ DURÁN

JOSEFA CAÑAS CARRILLO

ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA

MIRIAM SOSA GORDO

1 Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son alteraciones psicológicas caracterizadas por una conducta patológica frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control del peso y la imagen corporal.

Entre los más conocidos se encuentran:

- La anorexia nerviosa (AN): restricción de la ingesta energética por miedo a ganar peso o engordar, mediante dieta restrictiva, conductas purgatorias y/o ejercicio excesivo, que conduce a un peso corporal significativamente bajo sin percepción de la gravedad).
- La bulimia nerviosa (BN), episodios recurrentes de atracones seguidos de sentimiento de culpa y comportamientos compensatorios inapropiados, que buscan el control del peso, pero no necesariamente hay alteración de este.

- El trastorno por atracón (TPA), ingesta excesiva de alimentos en un periodo determinado de tiempo).

El origen puede ser multifactorial, interaccionando factores genéticos, cognitivos, temperamentales y del entorno sociocultural (familia, amistades, medios de comunicación, etc.), apareciendo especialmente en poblaciones jóvenes, concretamente en chicas en edad adolescente, y en menor medida en adultos.

Las personas con TCA se caracterizan por una preocupación excesiva por la comida y el peso corporal, pero el trastorno va más allá, viéndose alteradas las habilidades cognitivas (rigidez extrema de pensamiento, búsqueda excesiva de la perfección, ideas irracionales, percepción distorsionada de su imagen corporal y autoeficacia), emocionales (frustración, baja autoestima, soledad, escasa tolerancia al fracaso, miedo al rechazo o al abandono, dificultades de manejo emocional para reconocer emociones y controlarlas) y sociales (conductas manipulativas, dificultades para empatizar, estilo de comunicación agresivo o pasivo-agresivo, escasa asertividad), lo que dificulta el desempeño en distintas áreas ocupacionales.

El tratamiento varía según la gravedad del trastorno, en aquellos más leves se utiliza terapia ambulatoria (individual, grupal y familiar) y en aquellos más graves se recurre al tratamiento desde hospitales de día o unidades de trastornos de la conducta alimentaria (UTCA). Además de contar con recursos como los grupos de ayuda mutua, asociaciones de familiares de afectados, centros de día de larga evolución, pisos terapéuticos, asociaciones y campamentos terapéuticos.

Para un tratamiento eficaz, se debe intervenir desde un equipo multidisciplinar formado por disciplinas como trabajo social, medicina, psicología, nutrición, psiquiatría y terapia ocupacional (TO). Centrándonos en la TO, esta analiza los desequilibrios ocupacionales de la persona en las áreas de autocuidado, productividad y ocio, y mediante el uso de actividades significativas ayuda a mejorar la motivación, los hábitos, habilidades y reequilibrar sus ocupaciones en un patrón más saludable.

2 Objetivos

Los objetivos que se buscan con este estudio son:

- Dar a conocer el rol de la terapia ocupacional en los trastornos de la conducta alimentaria y mostrar actividades de su intervención.
- Determinar cómo afectan los trastornos de la conducta alimentaria al desempeño de las distintas áreas ocupacionales.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica existente sobre el rol de la terapia ocupacional en trastornos de la conducta alimentaria, a través de Google Académico, en idioma castellano, sin aplicar restricciones por fecha y usando como palabras clave “terapia ocupacional”, “trastornos de la conducta alimentaria”, “anorexia” y “bulimia”.

4 Resultados

Siguiendo el marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional (AOTA) las personas con TCA pueden presentar alteraciones en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), destacando las alteraciones en el vestido, aseo personal, descanso y actividad sexual, las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), resaltando las alteraciones en la preparación de la comida y limpieza, realización de compras, movilidad en la comunidad, cuidado de la salud y manejo de temas financieros, en la educación, el trabajo, el ocio y tiempo libre y la participación social.

Teniendo en cuenta estas dificultades, la TO puede intervenir buscando el equilibrio ocupacional, el establecer competencias, facilitar el control vital y fomentar la satisfacción en la participación de actividades significativas, consiguiendo una mayor recuperación e inserción social.

El proceso de intervención comienza con la evaluación funcional de la persona, para detectar los déficits en las diferentes áreas ocupacionales, así como las fortalezas, usando para ello la observación, la entrevista y herramientas de evaluación específicas (como el listado de intereses, listado de roles, autorretrato (para evaluar imagen corporal), cuestionario ocupacional, OPHI-I, entre otras), y a continuación plantear unos objetivos y crear un Plan de atención individualizado.

Los modelos teóricos que suelen seguir son el modelo de la ocupación humana (MOHO), modelo psicoanalítico, modelo cognitivo-conductual y modelo psicodinámico.

Las intervenciones podrán ser individuales y grupales, según las necesidades de la persona en torno a las áreas de desempeño ocupacional. En cuanto a las técnicas terapéuticas más empleadas desde TO encontramos:

- Arteterapia:

Usando el dibujo, la cerámica y otras artes plásticas, se posibilita la expresión de

emociones negativas y se promueve la dimensión emocional, cognitiva, física y social. Al principio del programa la persona muestra preocupación por controlar permanentemente todo el proceso, sin opción a improvisar, miedo a ser juzgada, sensación de vergüenza y decepción, por lo que es habitual que se descalifiquen pues buscan la estética y la perfección. Según avanzan las sesiones y comprenden que es un espacio para desconectar y trabajar sobre sí mismas y sus conflictos personales, y que ni el objetivo es estético ni hay que cumplir unas expectativas, comienzan a experimentar, cogiendo más seguridad en sí mismas y en sus capacidades, superando el miedo a ser juzgadas y a justificar la enfermedad mediante sus obras, mostrando mayor capacidad de decisión y autonomía, y abandonando la racionalización, la rigidez, las autodescalificaciones, el miedo a las críticas, el perfeccionismo y la necesidad de control.

- Programa de cocina:

Usado durante todo el proceso terapéutico, consiste en planificar el menú, hacer la lista de la compra, comprar lo necesario, cocinarlo y comerlo. Con ello se busca, en las primeras fases, poner a la persona en contacto con su mayor fobia, para que exprese los sentimientos negativos que surjan en torno a la comida y así poder cuestionarle y enseñarle estrategias de afrontamiento; en las últimas fases cuando se ha alcanzado un peso de seguridad, se busca establecer patrones de alimentación normales, dar información sobre aspectos de la alimentación y pautar una ingesta calórica al que ceñirse en la planificación del menú. Realizar también salidas en la comunidad para comer en grupo.

-Psicomotricidad:

Las personas con TCA pueden presentar distorsión de la imagen corporal, gran tensión muscular, menor conciencia corporal, respiración alterada (patrones respiratorios rígidos), pobre estabilidad postural y a veces fijación excesiva por realizar actividad física. El ejercicio físico controlado, de resistencia y aeróbico, el yoga, el baile, la terapia de conciencia corporal basal, entre otros, producen mejoras musculo-esqueléticas, reducen la depresión, la ansiedad y los síntomas negativos asociados a los atracones y el número de ellos, mejoran el índice de masa corporal, la autoestima y expresión corporal, además enseñan a moderar el nivel de actividad, aconsejando rutinas normales de ejercicio.

- Ejercicios de respiración y sesiones de relajación:

Por ejemplo, el masaje corporal y el yoga: Técnicas que se enseñan para manejar la tensión, la ansiedad y el estrés, los cuales influyen en los hábitos alimenticios y el sueño, importante también identificar los factores estresantes.

- Psicodrama:

Permite representar el mundo real de la persona, así como aprender medios al-

ternativos para enfrentarse a situaciones estresantes.

- Entrenamiento de asertividad:

Se dan situaciones hipotéticas, para examinar y practicar técnicas asertivas de comunicación, emocionalmente menos cargadas.

- Terapia de imagen corporal:

Busca conseguir una imagen corporal más realista con su tamaño y forma, mediante por ejemplo la piscina y el baile. También se debe educar a la persona sobre el trastorno y sus efectos adversos, usando videos, revistas, etc.

- Programa de autoconocimiento y expresión de emociones:

Busca ayudar a explorar, comprender y gestionar las emociones de forma saludable. Mediante, por ejemplo, psicoeducación, desarrollo de habilidades de afrontamiento saludables, identificación y expresión emocional y conciencia del cuerpo, que se trabajarán, entre otras, a partir de actividades artísticas y creativas, como pintar, dibujar, escribir, bailar, manualidades, etc.

- Actividades de la vida diaria:

Además del programa de cocina mencionado anteriormente, puede ser necesario trabajar otras ocupaciones como la compra de ropa (al aumentar de peso y necesitar prendas nuevas pueden surgir pensamientos disfuncionales, asesorar en la elección de ropa, evitar comparaciones y juicios, promover la diversidad y la aceptación, dar prioridad a la comodidad y el bienestar en vez de únicamente a la apariencia), la administración del dinero (establecer un presupuesto y planificar previamente según las necesidades) y las sesiones de belleza y cuidado corporal (mediante, por ejemplo, los tratamientos faciales o corporales, los masajes o el maquillaje, se puede mejorar la autoestima, la aceptación personal, se fomenta la relajación, los hábitos de autocuidado saludables y las conexiones sociales).

- Productividad:

Mediante talleres ocupacionales, actividades para mejorar la atención y concentración, entrenamiento en habilidades prelaborales, orientación vocacional, laboral y formativa.

- Programa de ocio saludable, tiempo libre y participación social:

Mediante el entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de comportamiento, arteterapia (mencionado anteriormente), actividades comunitarias y grupos de desempeño de ocio.

5 Discusión-Conclusión

Aunque las personas con TCA se caracterizan por una preocupación excesiva por la comida y el peso corporal, el trastorno va más allá, viéndose comprometidas

las habilidades cognitivas, emocionales y sociales, lo que dificulta el desempeño en distintas áreas ocupacionales, como son las ABVD, las AIVD, la educación, el trabajo, el ocio y tiempo libre y la participación social.

El TO debe ser incluido dentro del equipo multidisciplinar, como el profesional encargado de intervenir sobre dichas áreas ocupacionales, buscando el equilibrio ocupacional. Para ello se puede apoyar en el trabajo sobre las actividades de la vida diaria (programa de cocina, compra de ropa, administración del dinero y sesiones de belleza y cuidado corporal), la productividad, y el ocio saludable, tiempo libre y participación social, además de usar varias técnicas terapéuticas como arteterapia, psicomotricidad, ejercicios de respiración y sesiones de relajación, psicodrama, entrenamiento de asertividad, terapia de imagen corporal, programa de autoconocimiento y expresión de emociones.

En España existe una carencia de servicios especializados para personas con TCA, a su vez, hay un número insuficiente de TO entre los equipos de estas unidades, y una limitada producción científica. A pesar de ello, hay evidencias de la efectividad de la intervención desde TO para el tratamiento de personas con TCA y de su labor imprescindible para una atención holística de calidad, por lo que se precisan más estudios que refuercen y visibilicen la labor e importancia de la TO en este ámbito, promoviendo y concienciando sobre su contratación.

6 Bibliografía

1. Parra Pérez D. Intervención de terapia ocupacional en trastornos de conducta alimentaria: una aproximación a la producción científica. Udc [Internet]. 2016 [citado 2023]. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/17377/ParraPerez_Daniel_TFG_2016.pdf.
2. Lacasa PB, Sanz MPP, García MB, et al. Abordaje desde terapia ocupacional en trastornos de la conducta alimentaria. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2022 [citado 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/abordaje-desde-terapia-ocupacional-en-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/>.
3. Herreros VE, Lorente A. Arteterapia, psicomotricidad, relajación y masaje corporal, como tratamiento complementario en trastornos de la conducta alimentaria. Revista Terapia Ocupacional Galicia. 2020; 17(2):249–253.
4. Budía AL, Iñigo MCA, Becerra CB, et al. Proceso asistencial integrado: Trastornos de la conducta alimentaria, 2ª edición. Junta de Andalucía [Internet]. 2018 [citado 2023]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1957159122_trastornos_alimentarios_2018_new.pdf.

5. Bellido MQ. El papel de la terapia ocupacional en el abordaje de la anorexia y bulimia nerviosas: una revisión sistemática. Unizar.es. [Internet]. 2018 [citado 2023]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/89113>.
6. Sánchez MV, Pinto NS. Terapia ocupacional y unidades de trastornos de la conducta alimentaria: situación actual en España. Revista Terapia Ocupacional Galicia [Internet]. 2012 [citado 2023]; (15):3. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4219357>.

Capítulo 819

ROL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN GRANDES QUEMADURAS

SONIA CANO PIQUERAS

JOSEFA CAÑAS CARRILLO

MIRIAM SOSA GORDO

ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA

OLGA LÓPEZ DURÁN

1 Introducción

Una quemadura es definida como aquella lesión tisular causada por energía térmica transmitida por contacto, líquidos calientes de baja o alta densidad, fuego, agentes químicos, electricidad o radiación, entre otros.

Podrán ocasionar diversas disfunciones:

- Físicas: retracciones de la piel, alteraciones sensitivas.
- Psicológicas o emocionales: distorsión de la imagen y conciencia corporal, desmotivación.
- Funcionales: pérdida de independencia y autonomía, cambio de roles.
- Sociales: restricción de la participación social.

En función de su localización (zona física afectada), edad del paciente (la piel de niños y ancianos es más delgada, aumentándose el daño), extensión (porcentaje de superficie corporal afectada) y profundidad (según la estructura anatómica dañada o destruida), se puede dividir en quemadura de:

- Primer grado o epidérmica: afecta a epidermis.
- Segundo grado superficial o dérmica superficial: afecta a epidermis y dermis papilar.
- Segundo grado profundo o dérmica profunda: afecta a epidermis, dermis papilar y reticular.
- Tercer grado o subdérmica: afecta a epidermis, dermis, hipodermis y en ocasiones estructuras adyacentes como huesos, músculos, nervios o tendones.

La intervención tras una quemadura muchas veces se centra y reduce en garantizar la supervivencia, hecho que ha mejorado con los actuales adelantos, así como el disminuir la duración de la estancia hospitalaria, pero también se debe buscar la recuperación integral, el máximo estado de rehabilitación. De ahí la necesidad e importancia de seguir un abordaje integral del paciente mediante un enfoque multidisciplinario, consiguiendo así una mayor autonomía, independencia y calidad de vida. En dicho equipo de rehabilitación, deberíamos encontrar la figura de la terapia ocupacional, como profesión sanitaria que promueve la salud y el bienestar a través de la ocupación, siguiendo un enfoque holístico.

2 Objetivos

- Dar a conocer el papel que desempeña el terapeuta ocupacional en el tratamiento del paciente quemado a lo largo de las distintas fases de recuperación, así como las actividades utilizadas.
- Recopilar información sobre la importancia de incluir a dicho profesional en el equipo multidisciplinario.
- Demostrar la efectividad de sus intervenciones.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica existente sobre el rol de la terapia ocupacional en grandes quemaduras, a través de Google Académico y Dialnet, en idioma castellano, sin aplicar restricciones por fecha y usando como palabras clave “terapia ocupacional”, “unidades de quemados”, “quemaduras”, “quemados”.

4 Resultados

El trabajo de la terapia ocupacional en el tratamiento del paciente quemado tiene en cuenta tanto a la persona afectada, su familia y entorno, se debe iniciar la intervención lo antes posible, con movimientos activos y evitando la inmovilización prolongada.

En general, la intervención buscará:

- Aumentar la independencia funcional, mediante el entrenamiento en actividades de la vida diaria (AVD) y la reintroducción al ámbito laboral, escolar, social.
- La elaboración, colocación y enseñanza del manejo de férulas, impidiendo la deformidad, las retracciones de la piel y tomando un posicionamiento adecuado.
- Prevenir y/o corregir las limitaciones físicas y sensitivas, producto de la inmovilización y de los fenómenos de cicatrización.
- Asesoramiento y/o realización de productos de apoyo y adaptaciones del entorno, para facilitar o restablecer la pérdida de funcionalidad.
- Instruir y colaborar con el paciente y sus familiares sobre movilizaciones, cambios posturales, control de la cicatriz y cuidado de la piel.

El proceso de terapia ocupacional, dependerá de la localización, extensión y grado de la quemadura, así como de las secuelas resultantes, necesidades y prioridades de la persona. En general, en función de la fase de recuperación:

1. Fase de alarma (primeras 72 horas):

• Evaluación inicial:

A través de la historia clínica y el contacto con la persona afectada, su familia y el personal que le atiende, se valora el tipo, grado, localización y extensión de la quemadura, existencia de edema, amplitud funcional de los movimientos, sensibilidad, fuerza muscular e independencia en los cuidados personales.

• Tratamiento:

- Terapia posicional: Si se requiere se podrá recurrir a dispositivos posicionales para el control del edema y la prevención de retracciones.
- Ejercicio: Si está consciente y colabora, realizar ejercicios activos centrados en reducir la rigidez articular y el edema, mediante tareas sencillas.
- Uso de férulas: Se desaconseja la inmovilización con férulas, prefiriéndose la elevación y movilización activa.
- Comunicación continua con paciente y familia: Discutir objetivos terapéuticos, educar sobre el cuidado de la quemadura, tranquilizar y resolver dudas.

2. Fase aguda (de los 4 a los 7 días tras la quemadura):

- Evaluación:

Se continúa monitorizando la amplitud funcional de los movimientos, sensibilidad, fuerza muscular, participación en los cuidados personales, estado mental y motivación.

- Tratamiento:

- Terapia posicional y uso de férulas: Vigilar y corregir el posicionamiento, si es preciso mediante férulas posturales que buscarán conseguir una posición opuesta a las fuerzas de contractura, manteniendo el equilibrio tendinoso, conservar la amplitud de movimiento y la función, disminuir el dolor, las rigideces y el edema, y prevenir deformidades y contracturas.
- Ejercicio: Busca prevenir la disminución del rango articular y las retracciones cutáneas, fortalecer la musculatura y ganar resistencia, a través del ejercicio sobre la amplitud de movimientos (puede ser pasivo o activo) y de la actividad terapéutica, se elegirán actividades cuyos materiales puedan ser desinfectados.
- Promover destrezas en la ejecución de los cuidados personales, AVD básicas, animándole a participar activamente en actividades livianas, si es necesario con productos de apoyo, como la alimentación y el aseo personal (primero pedir lavar zonas no afectadas por la quemadura, luego, según indicaciones, participar en el cuidado de las heridas).
- Educar al paciente y familia: Informar sobre el cuidado de las heridas, posicionamiento, uso de férulas.

3. Fase de rehabilitación (desde la segunda semana hasta el final del tratamiento, marcado por la maduración completa de la cicatriz, que puede durar entre 1 y 3 años):

- Evaluación:

Se incluyen pruebas estandarizadas y no estandarizadas para monitorizar la evolución, usando por ejemplo el goniómetro (mide el rango de movimiento de una articulación), dinamómetro (mide la fuerza de agarre), pruebas musculares (cuantifican lesiones musculares o nerviosas específicas) y pruebas sensitivas (usando la discriminación entre dos puntos y los filamentos de Semmes-Weinstein, para detectar lesiones nerviosas o sensitivas), también se evalúa la situación funcional previa y la actual en áreas ocupacionales, roles ocupacionales previos, actividades de ocio y tiempo libre.

- Tratamiento:

- Terapia posicional: Mantenerlo, asignándole más responsabilidad al paciente.
- Uso de férulas y prendas compresivas: Proporcionan alineamiento óseo y estiramiento cutáneo. Según el estado funcional y de las quemaduras, usar férulas estáticas seriadas (si hay retracción, para conservar mejora de la amplitud de los

movimientos pasivos), dinámicas (si hay acortamiento de tendones o adherencias de tejidos blandos, para corregir una retracción o facilitar la función) o estáticas protectoras (para inmovilizar y proteger el injerto postoperatorio).

- Ejercicio: Actividades graduadas en nivel de complejidad, resistencia, destrezas y coordinación, adaptadas a la edad, objetivos, necesidades e intereses de la persona, que aumentarán la amplitud articular, fuerza muscular, destreza, coordinación y resistencia física.
- Promover el desempeño independiente de las AVD: Con la readquisición de destrezas, cada vez se van asumiendo más responsabilidades en el cuidado personal, así como reanudar actividades instrumentales de la vida diaria, escolares, laborales, sociales y recreativas. Si se requiere, temporal o permanentemente, se proporcionan productos de apoyo que favorezcan la independencia, además de enseñar técnicas compensatorias y de adaptación.
- Cuidado de la piel y manejo de la cicatriz: Mediante cremas hidratantes en quemaduras ya cicatrizadas, así como uso de prendas compresivas o vendajes elásticos. Cuando la cicatriz es estable y se ha reducido la aparición de ampollas, se aplica crema hidratante y se efectúa un masaje con movimiento circular perpendicular a la banda cicatrizal o línea de tracción.
- Reeducación sensitiva: Estimulación táctil gradual para desensibilizar en casos de hipersensibilidad de la zona cicatrizada. Ante la pérdida permanente o temporal de la sensación protectora, enseñar a inspeccionar las zonas anestésicas y protegerlas de lesiones.
- Educar al paciente y familia: Sobre los procedimientos terapéuticos, motivarlo y ser realistas y honestos.

4. Planificación del alta y control ambulatorio:

- Evaluación:

Antes del alta, realizar una evaluación final a nivel funcional y del estado de cicatrización de la piel, de las partes en las que aún existan déficit o donde se espere. Se llevará un seguimiento mientras sea necesario el control de la cicatriz (2 años o más), la duración y frecuencia variará.

- Tratamiento:

Dar directrices de un programa terapéutico domiciliario consistente en terapia posicional, con prendas compresivas y/o férulas (si es necesario, hacer demostraciones prácticas de la colocación y cuidados, se comprueba además el estado de estas para realizar ajustes o reparaciones), cuidados de la piel (repasarlos, así como las técnicas de masaje de la cicatriz), proporcionar productos de apoyo, ejercicios diarios e instrucciones sobre cuidado personal. Tratamiento ambulatorio si la persona es incapaz de llevar por sí mismo el programa terapéutico

domiciliario y no reside cerca del centro para quemados.

5 Discusión-Conclusión

El sufrir una quemadura puede ocasionar disfunciones físicas, psicológicas, emocionales, sociales y funcionales, un cambio radical en las rutinas y hábitos, así como una pérdida de independencia en todas las áreas de la vida. Por lo que el proceso de intervención debería dar una respuesta integral, holística de la persona afectada, mediante un enfoque multidisciplinar en el que la terapia ocupacional tiene un importante papel. Por ejemplo, en la elaboración, colocación y enseñanza del manejo de férulas, impidiendo la deformidad y las retracciones; asesoramiento y/o realización de productos de apoyo y adaptaciones del entorno, para facilitar o restablecer la pérdida de funcionalidad; prevenir o corregir las limitaciones físicas y sensitivas, producto de la inmovilización y de los fenómenos de cicatrización; instruir y colaborar con paciente y familiares sobre movilizaciones, cambios posturales, control de la cicatriz y cuidado de la piel; y aumentar la independencia funcional, mediante el entrenamiento en AVD y la reintroducción al ámbito laboral, escolar y social.

Aunque en general se muestra un desconocimiento del rol de la terapia ocupacional en este ámbito, los estudios científicos muestran evidencias sobre los beneficios y avances aportados desde esta profesión, como son la mayor independencia en las AVD y resto de áreas, mayor motivación, interés, causalidad personal, habilidades sociales y motoras.

6 Bibliografía

1. Sánchez MPL, Sanz CM. Rol del terapeuta ocupacional en el tratamiento del paciente quemado: revisión bibliográfica. TOG. 2019; 16(29):60–78.
2. Sanjuán LS. La función del Terapeuta Ocupacional en el equipo de Rehabilitación del paciente quemado. Proyecto Lumbre: Revista Multidisciplinar de Insuficiencia Cutánea Aguda. 2016; (11):39–43.
3. Álvarez Jaramillo L, Vecino Martínez Y. Protocolos de evaluación e intervención intrahospitalaria en terapia ocupacional para pacientes con quemaduras: desempeño ocupacional exitoso del niño y el adulto. Revista Ocupación Humana. 2006; 11(3 y 4):77–89.
4. Vázquez MEA, Chouza-Ínsua M. Fisioterapia y Terapia ocupacional en la Guía de Práctica Clínica de la Asociación Europea de Quemados. Proyecto Lumbre: Revista Multidisciplinar de Insuficiencia Cutánea Aguda. 2018; (17):49–55.

Capítulo 820

EFECTOS DEL TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA SOBRE LA PIEL: PLAN DE CUIDADOS

ISABEL GARCÍA AGUDIN

1 Introducción

El cáncer de mama es uno de los tipos de cáncer más comunes y habituales en las mujeres afortunadamente gracias a los avances empleados en la detección del mismo, se ha convertido, en uno, con la tasa más alta de curación.

Uno de los tratamientos más empleados en la actualidad es la radioterapia, la cual consiste en la aplicación de radiaciones ionizantes sobre la zona afectada con el fin de dañar lo menos posible las células sanas a la par de tratar destruir el tejido tumoral tratando de impedir su expansión.

La aplicación del mismo depende del tipo de tumor, tamaño, localización y estadio en el que se encuentra. Si bien se puede aplicar en una sesión única, o lo más habitual y común es su aplicación en pequeñas dosis diarias que se alargan durante varias semanas.

Dicho tratamiento presenta muchas ventajas sobre la quimioterapia, ya que es indoloro, trata de preservar la mama y tampoco se sufre con inmediatez sensación de calor o quemazón. No obstante a lo largo de las sesiones es cierto que suele aparecer efectos secundarios tales como irritación de la piel e inflamación de las mucosas en la zona afectadas las cuales deben ser tratadas y cuidadas de forma adecuada.

2 Objetivos

Dar a conocer los daños adversos que produce la radioterapia sobre la piel, así como los cuidados adecuados que deben llevar en cada momento para minimizar las lesiones causadas por las sesiones de radioterapia.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda en las distintas bases de datos tales como: Medline, Cuiden y Fisterra. A través de la búsqueda de internet de conceptos clave se han encontrado también libros y monografías específicas que han sido de ayuda para poder desarrollar este trabajo.

Las palabras claves empleadas para realizar dicho estudio fueron radioterapia, piel, cáncer, quemaduras y efectos adversos. El periodo de búsqueda de información se centró entre enero de 2016 hasta actualidad, julio 2023.

4 Resultados

Como hemos dicho anteriormente la radioterapia es un tratamiento que en principio q no produce grandes molestias, aunque con el aumento de número de sesiones, los pacientes pueden presentar reacciones cutáneas como enrojecimiento de la piel (radiodermatitis). Su gravedad está condicionada por el tipo de piel del paciente, el número de sesiones así como la cantidad de dosis total recibida. Por ello se debe realizar una valoración inicial del paciente antes de comenzar el tratamiento de tal manera que se les dará una recomendaciones que deben seguir, ya que la mayoría de los casos el temor y el desconocimiento hace que el paciente no sea conocedor de las pautas que debe llevar a cabo para impedir un posible problema grave de la piel.

En principio se aconseja que usen sujetadores de algodón sin aros, no emplearán si desodorantes ni colonias en la zona a tratar, en este caso la mama. Unicamente usaran cremas o geles recetados por los médicos y no deben exponerse al sol ni durante el tratamiento ni meses posteriores. Según vaya acercándose el final del tratamiento la piel presentará un aspecto húmedo por lo que la zona es recomendable dejarla al aire.

Entro otros efectos es posible que se produzca inflamación de la mama debido a la retención de líquido en la zona tratada, sin embargo estas alteraciones, al igual que el enrojecimiento irán desapareciendo entre las 5ª y 6ª semana. Otro aspecto

destacable es que la mama se muestra mucho más firme después de la radiación aunque no es muy común.

Y cabe hacer hincapié en la importancia de prevenir la inflamación de la linfa, que puede impedir la movilidad el brazo, para ello se recomendará una serie de ejercicios de carácter sencillo que serán muy beneficiosos.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad el cáncer de mama supone un alto porcentaje de los cánceres de mama en el sexo femenino (mucho menor incidencia en los hombre), es por ello, que cobra especial relevancia dar a conocer los cuidados adecuados de la mama tanto antes del inicio del tratamiento, durante y final del mismo para poder evitar y mejorar la calidad de vida del paciente.

Podemos concluir que la radioterapia en sí, no es un tratamiento en principio tan agresivo como puede parecer la quimioterapia o bien una cirugía, aún así presenta ciertos efectos secundarios en la piel principalmente la radiodermatitis, que dependiendo del grado de esta puede llegar a ser de gran molestia.

Cada paciente debe ser tomado individualizadamente ya que cada tipo de piel desarrollará diferentes grados de quemaduras.

Por ello cada una de ellas será seguida por una enfermera quien le irá pautando e indicando los cuidados que debe establecer según el grado de radiodermatitis se encuentre y aplicar el plan de cuidados que esté establecido para poder ayudar a cada paciente a pasar por el tratamiento de la mejor forma posible.

6 Bibliografía

1. D'Amico AV, Chen MH, Renshaw AA, et al. Androgen suppression and radiation vs radiation alone for prostate cancer: a randomized trial. JAMA. 2008 Jan23;299(3):289-95. PMID: 18212313
2. Rice KR, Colombo ML, Wingate J, Chen Y,Cullen J, McLeod DG, Brassell SA. Lowrisk prostate cancer in men $\geq$ 70 years old:To treat or not to treat. Urol Oncol. 2013Aug;31(6):755-60. Epub 2011 Aug 26.PMID: 21872499
3. Mukherjee S, Reddy CA, Ciezki JP, et al.Risk of developing myelodysplastic syndromes in prostate cancer patients definitively treated with radiation. J Natl-Cancer Inst. 2014 Mar;106(3):djt462. Epub2014 Feb 27. PMID: 24577815.

Capítulo 821

ANÁLISIS FISCOQUÍMICO DE LOS ALIMENTOS QUE ENCONTRAMOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS POR EL PINCHE

PATROCINIO ALFARO GARCIA

ISABEL MORENO SÁEZ

NIEVES GÓMEZ ZAPATA

MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS

EVA MARIA MORENO ESCUDERO

1 Introducción

Si queremos asegurar la calidad de los alimentos, es fundamental que consideremos su análisis físicoquímico. Este análisis, que evalúa numerosos parámetros, permite determinar factores cruciales como el valor nutricional de los alimentos, asegurar que las materias primas y los alimentos cumplen con los estándares regulatorios establecidos por las organizaciones de salud y la investigación de posibles adulteraciones y falsificaciones. Nos permite comprender la composición química de los alimentos, tanto en términos de su valor nutricional (como de su contenido de proteínas, azúcares, vitaminas, sales minerales y grasas) y a nivel de determinación y cuantificación de aditivos, sustancias contaminantes

(pesticidas, metales pesados, antibióticos, etc. Además de alérgenos.) Este tipo de análisis es necesario para comprobar que los alimentos son seguros para el consumo de las personas y que tienen las cualidades y composición que se esperan de él, es decir, en este análisis, la seguridad, el valor nutricional y la salubridad del alimento. Como es bien sabido en el ámbito médico, los alimentos que preparamos están destinados a nutrir a los pacientes que han ingresado en instalaciones hospitalarias con diversidad de patologías, para estos pacientes la alimentación es un elemento crucial en su recuperación y en el mantenimiento de un estado nutricional saludable.

2 Objetivos

Saber en qué consiste un análisis físico-químico de los alimentos como parte esencial de nuestro trabajo como pinches de cocina en los centros hospitalarios.

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

Hay cuatro componentes principales en este análisis físico-químico: - Análisis de composición y valor nutricional: esta sección examina la composición química de los alimentos observando factores como proteínas totales, grasas totales, saturadas y trans, carbohidratos, azúcares, fibra dietética, cenizas, humedad, colesterol, minerales, vitaminas, alérgenos, contaminantes químicos, etc. - Análisis de impurezas: Consiste principalmente en el análisis de contaminantes físicos, o la detección de impurezas y cuerpos extraños presentes en el alimento. - Detección de fraude: Un acto fraudulento es aquel que engaña de alguna manera al consumidor. Hay muchos tipos diferentes de fraude, entre ellos: El fraude cuantitativo, también conocido como adulteración, se refiere a productos que son menos de lo que se anuncia, como la leche aguada. El fraude contra la calidad, por otra parte,

implica el cambio voluntario de las cualidades de un alimento para que parezca de mayor calidad. En el mercado es común encontrar alimentos altamente procesados que han sido alterados, por ejemplo, añadiendo potenciadores del sabor para encubrir materias primas de calidad inferior. El fraude contra la pureza es la presencia en los alimentos de sustancias que, por sí solas, no deberían estar allí, como cantidades diminutas de pesticidas o medicamentos veterinarios. Por ejemplo, la fruta se puede cosechar temprano para obtener mayores recompensas financieras, aunque todavía pueda contener rastros de pesticidas. El fraude contra el estado de los alimentos es uno de los tipos de fraude de mayor riesgo porque tiene el potencial de comprometer la seguridad del consumidor así como la seguridad de los alimentos. Por ejemplo, cambiar la fecha preferida para comer un alimento. Fraude contra la identidad del alimento: también conocido como falsificación de alimentos, este tipo de fraude implica tergiversar la marca, el lugar de origen u otros aspectos del alimento para hacerlo pasar por un artículo de mayor calidad. Poniendo como ejemplo quesos con denominación de origen falsa o hamburguesas etiquetadas como de ternera pero que en realidad contienen carne de caballo. - **Análisis físico:** Utilizando técnicas científicas, evalúa las características físicas de los alimentos, como viscosidad, color, peso y tamaño.

5 Discusión-Conclusión

A través de esta revisión hemos conocido más sobre los pinches de cocina que trabajan en las cocinas de los hospitales y se encargan de preparar las comidas y dietas de los pacientes que presentan diferentes patologías, como el análisis fisicoquímico de los alimentos. Como hemos visto, esta determinación se puede realizar utilizando cuatro criterios: el análisis físico del alimento, el análisis de las impurezas del alimento, el análisis de su valor nutricional y composición y la detección de fraude alimentario de esos alimentos.

6 Bibliografía

1. <https://www.ainia.es/ainianews/proyecto-metodos-analisis-fisico-quimicos-detectar-riesgos-emergentesalimentacion/>.
Análisis físico químicos y sensoriales.
2. <https://cicytac.cba.gov.ar/wp-content/uploads/2018/03/AnalisisFisico-QuimicosSensoriales.pdf>.
Análisis físico químico de los alimentos.
3. <https://www.innotec-laboratorios.es/>

analisis-de-alimentos/analisis-fisico-quimico/. . Análisis fisicoquímico de los alimentos.

4. <https://oleica.es/productos-y-servicios/laboratorio/analisis-fisico-quimicos/>. Manual de análisis físico químico.

5. <https://unipaz.edu.co/assets/14.manual-de-analisis-fisico-tomo-ii.pdf>. Detección de riesgos emergentes en alimentación.

Capítulo 822

EL PINCHE Y LA PREPARACIÓN DE VERDURAS, FRUTAS Y HORTALIZAS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

PATROCINIO ALFARO GARCIA

ISABEL MORENO SÁEZ

NIEVES GÓMEZ ZAPATA

MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS

EVA MARIA MORENO ESCUDERO

1 Introducción

Las frutas, verduras y hortalizas son excelentes fuentes de fibra, vitaminas, minerales (sodio, cobalto, cloro, cobre, magnesio, fósforo y potasio) y otros nutrientes. Mínimo en lípidos y proteínas. Es fundamental prestar atención a cómo se cocinan las vitaminas solubles en agua porque pueden dañarse fácilmente si se cocinan demasiado. En general, la cocción inertiza la mayoría de las vitaminas, especialmente la vitamina C, que abunda en las naranjas. Para evitar cocinar demasiado estos alimentos o al menos consumirlos crudos en grandes cantidades, se aconseja. Son alimentos muy eficaces para prevenir el cáncer de colon por su alto contenido en fibra. Además tiene un aporte calórico muy bajo y un alto nivel de poder saciante. Las hortalizas son plantas que se utilizan como alimento a cualquier nivel, ya sea cocidas o crudas, según el Código Alimentario

Español (CAE). - Según el Código Alimentario Español (CAE), son frutos todos los órganos florales que han alcanzado un grado de madurez adecuado y son aptos para el consumo humano. Es fundamental conocer el siguiente desglose nutricional: - Hidratos de carbono: (entre un 5% y un 20%). Los azúcares como la sacarosa y la fructosa, que son azúcares simples, abundan en las frutas. - Lípidos: Son extremadamente raros. Entre las frutas destaca el aguacate. - Proteínas: Si bien hay muy pocas en las frutas, hay más en las verduras, siendo las espinacas, la col rizada y el brócoli las que tienen las concentraciones más altas. El hierro, el calcio, el sodio, el potasio y el magnesio son minerales que aportan ambos grupos. Por su importante contenido en calcio, al igual que las espinacas y las acelgas, comer frutas y verduras en su conjunto es un muy buen sustituto de los lácteos. Las verduras suelen tener más vitaminas que las frutas. Las vitaminas que más abundan en estos alimentos son la vitamina C, las vitaminas del grupo B y la vitamina A (en forma de carotenos). Sin embargo, el contenido de vitaminas de las frutas varía mucho de una fruta a otra dependiendo del tipo de fruta. Cabe destacar que como la B12 sólo se encuentra en la carne, estos alimentos no la contienen. - Fibra: Las verduras contienen mucha, mientras que las frutas contienen menos. - Agua: Tanto las frutas como las verduras contienen mucha (80-95%). Cuando no bebes mucha agua, es una buena idea mantener estable el nivel de agua e hidratarte. El ayudante de cocina debe conocer los mejores métodos de preparación de estos alimentos porque son muy frecuentes en las dietas hospitalarias. Al hacerlo, puede evitar pérdidas de nutrientes y propiedades importantes mientras realiza todas sus demás funciones.

2 Objetivos

Conocer los diferentes tipos de cocinado de las verduras y hortalizas identificando las características más importantes acerca de su lavado, preparación y cocción.

3 Metodología

Para la elaboración del presente estudio se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en libros y revistas sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en páginas de internet y se han consultado artículos en las principales bases de datos: "Pubmed", "Medline" y "Scielo", seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para maximizar las propiedades de este grupo de alimentos, a continuación vamos a comentar los diferentes métodos de cocción que se deben utilizar: - Las verduras pierden nutrientes cuando se cocinan durante largos periodos de tiempo a altas temperaturas. El mejor método para cocinar este grupo es al horno sin pelar. La cocción se puede realizar con muy poca agua durante el tiempo que sea necesario. - El sobrecalentamiento es indeseable porque puede provocar el desarrollo de compuestos cancerígenos, como los benzopirenos, además de que pierden todas sus propiedades. - Evite cortar demasiado profundamente porque esto aumentará la superficie de contacto y pérdida. - Los ácidos protegen a los vegetales (evitando la oxidación, como la que sufren las alcachofas y los limones), mantienen las vitaminas y ayudan en la absorción de algunos minerales, incluido el hierro. Por eso tiene sentido combinar limón y vinagre con las verduras. - Debido a que provoca la desnaturalización de la vitamina C, no se recomienda añadir bicarbonato de sodio a las verduras para mantener su color y reducir su dureza. Además, dependiendo de cómo se prepare, puede tener un efecto importante en los alimentos que mencionamos. 1. En contacto directo con el agua: - Cocción: Utilizar la menor cantidad de agua posible y evitar el remojo porque los nutrientes se disuelven en el agua. Estos alimentos los mantenemos menos tiempo en el agua porque lo mejor es añadirlos cuando ya esté hirviendo. - Cocción: Al igual que el método anterior, la cocción agota los nutrientes, pero en menor medida. - Cuando se cocina a presión correctamente, se conservan mejor los nutrientes. - Hervir: Se realiza el mismo proceso que al cocinar, por lo que se seguirán los mismos consejos. 2. Sin entrar en contacto directo con el agua: - El brócoli se cocina frecuentemente en el microondas y al vapor. Con este método se destruyen menos vitaminas y minerales. - Horneado: Se deben utilizar temperaturas altas, pero los tiempos de horneado deben ser mínimos. Además, las piezas no deben ser demasiado pequeñas. - En aceite, salteados: Hay poca pérdida nutricional, porque se prepara rápidamente. - Freír: Aunque tiene un alto aporte calórico, es una de las técnicas que mejor conserva los nutrientes porque el aceite forma una capa de envoltura alrededor de la fruta o verdura. Sin embargo, no se utiliza en hospitales debido a patologías de los pacientes y porque se desaconseja encarecidamente a favor de una dieta equilibrada. - Cuando los alimentos se asan a la parrilla, los nutrientes se pierden por destrucción térmica y los jugos producidos. La presencia de una llama puede dar lugar a la producción de una serie de compuestos que, si se consumen en exceso, pueden tener graves efectos negativos en el ser humano, como el cáncer. Además, las cocinas de los

hospitales no suelen emplear este método.

5 Discusión-Conclusión

La gran responsabilidad de preparar los alimentos para la elaboración de los menús hospitalarios recae en el ayudante de cocina. Debido a sus numerosos beneficios para la salud y agentes beneficiosos para los pacientes, las frutas, verduras y hortalizas son un alimento muy común en el ámbito hospitalario. Sin embargo, debido a que las vitaminas son tan frágiles, se perderán si no se corta, prepara y cocina adecuadamente, impidiendo que el paciente obtenga toda la nutrición que necesita. Gracias a su formación especializada, el ayudante de cocina ayuda a garantizar que la alimentación de los pacientes hospitalizados sea lo más saludable posible.

6 Bibliografía

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

Capítulo 823

CÓMO REALIZAR LAS MANIPULACIONES DE CARGAS PARA EL PINCHE DEL PERSONAL DE COCINA HOSPITALARIA

PATROCINIO ALFARO GARCIA

ISABEL MORENO SÁEZ

NIEVES GÓMEZ ZAPATA

MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS

EVA MARIA MORENO ESCUDERO

1 Introducción

Las cocinas de los hospitales, como muchas otras industrias, tienen horarios establecidos que, en ocasiones, no son suficientes para completar las tareas a tiempo. Debido a esto, frecuentemente necesitamos completar algunas tareas rápidamente, sin detenernos a pensar. Esto nos puede dañar físicamente. La mayoría de personas levantan y manipulan cargas de forma inadecuada porque lo hacen más rápido, pero lo que realmente estamos favoreciendo es la aparición de lesiones en músculos y huesos además de poner en peligro nuestra integridad física por caídas, golpes, cortes e incluso aplastamientos.

En la definición de manipulación manual de cargas se consideran una serie de operaciones:

- Elevación y descenso: mover cargas en el plano vertical y asegurar cargas sin asistencia mecánica. Si el desplazamiento es contra la gravedad, se llama elevación; si el desplazamiento es con la gravedad, se llama descenso.
- Transporte: desplazamiento de una carga en un plano en el que la carga se mantiene horizontalmente sin asistencia mecánica.
- Empujar y arrastrar: mover una carga sobre una superficie horizontal sin sujetarla. Si la fuerza se aplica lejos del cuerpo, se considera empuje; si la fuerza se aplica para acercarse al cuerpo, se considera arrastre, así evitaremos sobreesfuerzos y lesiones.

2 Objetivos

Conocer cómo debe realizar el pinche de cocina hospitalaria la manipulación de cargas para evitar lesiones y accidentes.

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 páginas de internet: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando palabras relacionadas con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Al analizar las tareas que requieren la manipulación manual de la carga, se deben considerar los factores de riesgos característicos del manejo del peso a mover, es decir, que el mal manejo manual de bultos, puede causar daños en la columna. Para evitarlo, la carga se debe colocar a una distancia del torso o girarse o inclinarse para poder sujetarla o maniobrarla para reducir el esfuerzo físico e innecesario. También podemos decir que la mala manipulación de las cargas puede suponer riesgos para la salud, especialmente para la columna, como se ha comentado anteriormente. Dichas lesiones se pueden dar en determinadas situaciones:

- Cuando sólo se realizan torciendo o doblando el tronco.
- Cuando se provoca un movimiento brusco de la carga.
- Cuando al realizar el movimiento el cuerpo está en una posición inestable, al subir o bajar una carga pesada.

Para evitar estas situaciones hay que modificar el agarre según las características del bulto a manipular, por ello la importancia de seguir las normas de los manuales.

Los manuales de prevención de riesgos señalan que el transporte de cargas conlleva peligros como golpes por caída de objetos, cortes y pinchazos por bordes cortantes, astillas o clavos, lesiones musculoesqueléticas y cansancio, entre otros. Es importante tener en cuenta que el peso recomendado para levantar manualmente es inferior a 3 kg, siendo el peso máximo recomendado de 25 kg y una distancia de transporte recomendada no superior a 1 metro.

Es recomendable separar las piernas para que el peso quede entre ellas a la hora de coger un peso que esté en el suelo o a baja altura. Para coger el objeto, flexionar ligeramente las rodillas manteniendo la espalda recta, levantar firmemente con las piernas flexionadas mientras mantiene el peso cerca de su cuerpo. En lugar de girar el cuerpo por la cintura para colocar algo en una nueva ubicación, apuntar los pies en la dirección en la que desea que vaya. Hay que apoyar la carga antes de levantarla y si es necesario colocarla por encima de nuestros hombros para asegurarnos que la sujetamos correctamente. Es preferible empujar en lugar de tirar cuando se mueve una carga que no se puede levantar. Si no puedes utilizar una ayuda mecánica, deberás pedir ayuda a un compañero para que la carga se pueda compartir entre dos o tres personas, si es necesario. Es importante reconocer el valor de las ayudas mecánicas y utilizarlas adecuadamente para prevenir y evitar lesiones y/o accidentes.

5 Discusión-Conclusión

Comprender los métodos adecuados para manipular cargas manualmente y llevarlas a cabo no solo reduce el riesgo de lesiones sino que también mejora la productividad y la eficiencia. Si bien es fundamental tener a mano ayudas mecánicas cuando sea necesario, siendo deber del empleador proporcionarlas, es nuestra responsabilidad como empleados realizar estas manipulaciones de manera segura. solicitando ayuda cuando la carga sea particularmente grande o pesada y realizar correctamente la manipulación asegurándose de que no haya peligros u obstáculos en el camino, además de conocer las ayudas mecánicas, saber utilizarlas adecuadamente ya que en caso contrario se pueden producir lesiones y/o accidentes en el trabajador.

6 Bibliografía

1. <https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/portal-preventivo/riesgos-laborales/riesgos-relacionadoscon-la-seguridad-en-el-trabajo/manipulacion-manual-de-cargas/>.
2. https://www.educarex.es/pub/cont/com/0055/documentos/10_Información/04_Ergonom%C3%ADa/Mahttps://www.insst.es/documents/94886/509319/GuiatecnicaMMC.pdf/27a8b126-a827-4eddaa4c-7c0ca0a86cda.

Capítulo 824

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ARCHIVOS DE HISTORIAS CLÍNICAS

ANA CELIA MENDOZA ARCAS

1 Introducción

El sistema de archivos de historias clínicas es un habitáculo del centro sanitario donde se guardan todas las historias clínicas de los pacientes que son atendidos en ese centro. Existen varios sistemas de archivado como sería por orden alfabético, por orden numérico,.. Las historias clínicas se pueden archivar en distintos formatos como sería papel, formato audiovisual, formato informático o en cualquier otro tipo que exista, siempre que se garantice el acceso a ésta cuando sea necesario y esté garantizada su seguridad y su custodia. El organismo encargado de velar porque la historia clínica sea veraz y sea accesible siempre que sea necesario son las Administraciones Sanitarias.

Una historia clínica es una agrupación de documentos en la que están incluido una serie de informaciones que incluyen todos los datos y valoraciones, que explican cómo va evolucionando el paciente quedando registrado cualquier cambio en dicho proceso asistencial. Además debe aparecer también todos los datos relativos a la atención recibida en cada situación, las personas que los han atendido (médicos, cirujanos, enfermeros, anestelistas,..) con intención de obtener la mayor incorporación que pueda existir de la documentación clínica, como mínimo dentro del centro asistencial.

Como se puede comprobar la información que guarda la historia clínica es muy valiosa a la hora de atender a los pacientes, ya que hace un resumen de la vida

asistencial de éste, lo que hace que la asistencia sanitaria sea mucho más eficaz y efectiva.

2 Objetivos

Explicar qué es un archivo de historia clínica y qué es la historia clínica.
Resaltar las funciones que realiza un celador en el servicio de archivo de historias clínicas.

3 Metodología

El método utilizado para realizar el siguiente capítulo ha consistido en una revisión bibliográfica sistemática sobre las funciones del celador en el servicio de archivos de historias clínicas. Se ha investigado exhaustivamente en libros y revistas científicas, consultando artículos en las principales bases de datos, como pubmed, scielo y Medline escogiendo publicaciones académicas revisadas y usando como palabras claves celador, archivos de historias clínicas, funciones.

4 Resultados

La historia clínica es muy importante para que el paciente tenga una atención adecuada a sus necesidades, ya que es la herramienta principal de uso entre todos los profesionales de la salud, por su contenido, por eso es de obligatoriedad según la legislación que lo regula, su existencia en todos los centros sanitarios. En ella se recoge toda la información sanitaria relevante que ha sufrido el paciente a lo largo de su vida, de ahí la importancia de su uso y la razón principal que cada historia clínica sea única para cada paciente. Es imprescindible que en ella se registren todos los cambios de salud que se produzcan a lo largo de su vida, de forma actual y con información veraz.

Dentro de la historia clínica vamos a encontrar lo siguiente:- documentación relacionada con la hoja clínico y estadística;-proceso de exploración clínica y física;-ficha de consentimiento de ingreso;-evolucón;-informes de urgencia, de exploraciones complementarias y pruebas, de anestesia, de quirófano, de parto, de anatomía patológica, de alta;- hojas de interconsulta;-órdenes médicas,- planificación de cuidados de enfermería y su evolución;-aplicación terapéutica de enfermería,-grafica de constantes vitales.

A continuación vamos a explicar en qué consisten las funciones del celador en el servicio de archivos clínicos y son las siguientes:

- traslado de documentos a todos los servicios del hospital.
- colaborar en la clasificación de archivos de forma organizada y garantizando su custodia.

Es imprescindible tener en cuenta en los trasportes de documentación e historias clínicas, la ley de protección de datos por parte de todos los profesionales y en especial por parte del celador, ya que es la persona encargada de custodiar dicha documentación en su traslado, evitando pérdidas, conservando la integridad de ésta y por supuesto la confidencialidad de los datos que en ella se guardan, hasta dejarla en el servicio peticionario, pasando ésta a ser responsable de dicho servicio hasta su devolución para ser custodiado otra vez en el servicio de archivos clínicos. Por todas estas razones considero el trabajo del celador muy importante y que requiere una gran responsabilidad por su parte, ya que colabora en una mejor atención, de mayor calidad, más rápida y efectiva.

Por último me gustaría resaltar la importancia de la historia clínica antes de acabar el capítulo de libro en cuanto a la identificación de pacientes, ya que es la herramienta principal para realizar una identificación correcta en el traslado de paciente para cualquier prueba, intervención sea quirúrgica o no, interconsulta,.. que sea necesaria realizarle, por lo que debe ir acompañando a éste siempre, evitando cualquier posible error en la identidad del paciente incluyendo su atención sanitaria, para poder así guardar en ella cualquier posible cambio relevante en la evolución del paciente .

No quería acabar el capítulo sin hacer mención a la importancia de la historia clínica en cuanto al traslado de pacientes, que es una herramienta principal para la identificación de los pacientes por parte del celador en concreto antes de cualquier traslado, ya que siempre debe ir acompañando a éste para así evitar errores de identificación en la asistencia, pruebas que requiera,..

5 Discusión-Conclusión

Debemos destacar el trabajo que realiza el celador en el servicio de archivo de historias clínicas, ya que es una parte importante del equipo multidisciplinar que trabaja en éste servicio, realizando funciones tan importantes como es el traslado de documentos de un servicio a otro del hospital, con la responsabilidad que ello requiere. Debido a la cantidad de información que existe dentro de las historias clínicas se deduce la importancia que tiene éste servicio dentro del centro san-

itario y se hace estrictamente necesario que funcione correctamente ya que en ella se guarda todos los datos de las asistencias que ha recibido un paciente a lo largo de toda su vida. Si no dispusiéramos de este recurso retrasaría mucho la asistencia sanitaria y ésta sería más compleja, más lenta y menos efectiva.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/utilidades-historia-clinica-celadores-administrativos/>

<https://revistamedica.com/historia-clinica-archivo-conservacion/>

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

Capítulo 825

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

MARÍA DEL CARMEN LENDÍNEZ SÁNCHEZ

JULIÁN GARCÍA CONSUEGRA GALLEGO

RICARDO CARBONELL DE LA ROSA

OLGA MANRIQUE ROJAS

ASUNCION NAVAS ROMA

1 Introducción

Una unidad de hemodiálisis es un centro médico especializado en el tratamiento de pacientes con enfermedad renal crónica. Su objetivo principal es eliminar las toxinas y el exceso de líquidos de la sangre de los pacientes que tienen una función renal deteriorada. Esta unidad es esencial para mejorar la calidad de vida y prolongar la supervivencia de quienes padecen insuficiencia renal.

La unidad de hemodiálisis está equipada con máquinas de diálisis, personal médico y de enfermería capacitado, así como tecnología avanzada para llevar a cabo el proceso de limpieza de la sangre de manera segura y eficaz. Los pacientes acuden regularmente, generalmente varias veces a la semana, para someterse a sesiones de hemodiálisis que pueden durar varias horas.

Durante una sesión de hemodiálisis, se extrae sangre del paciente a través de un acceso vascular, como un catéter o una fístula arteriovenosa, y se pasa a través de un filtro especial llamado dializador. En el dializador, la sangre se purifica,

eliminando las sustancias tóxicas y el exceso de líquido. Luego, la sangre limpia se devuelve al cuerpo del paciente.

La unidad de hemodiálisis también desempeña un papel crucial en el seguimiento de la salud de los pacientes con enfermedad renal crónica, ajustando sus tratamientos según sea necesario y proporcionando apoyo emocional y educación sobre la enfermedad renal y su manejo.

Una unidad de hemodiálisis es un centro médico especializado en el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal, ofreciendo servicios de diálisis, monitoreo y apoyo integral para mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por esta afección.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del celador en las tareas que son de su competencia en la Unidad de Hemodiálisis.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica y en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Posteriormente, se ha revisado la publicación de forma empírica.

4 Resultados

El celador en una unidad de hemodiálisis desempeña un papel fundamental en la atención y el bienestar de los pacientes. Sus funciones son variadas y esenciales para el funcionamiento eficiente y seguro de la unidad.

A continuación, se describen algunas de las responsabilidades clave de un celador en este entorno:

- Recepción y orientación de pacientes:

El celador recibe a los pacientes en la unidad, los saluda y les proporciona información sobre el proceso de hemodiálisis, las instalaciones y las normas de comportamiento. Esto contribuye a crear un ambiente acogedor y tranquilo para los pacientes.

- Transporte de pacientes:

Los pacientes a menudo necesitan ser trasladados desde y hacia la unidad de hemodiálisis. El celador se encarga de ayudar a los pacientes a movilizarse de manera segura en sillas de ruedas o camillas, garantizando su comodidad y seguridad.

- Preparación de las salas de tratamiento:

Antes de que comiencen las sesiones de hemodiálisis, el celador se asegura de que las salas estén limpias y debidamente equipadas con las máquinas y los suministros necesarios. Esto incluye la disposición de las camas o sillones donde los pacientes recibirán el tratamiento.

- Asistencia al personal médico y de enfermería:

El celador colabora estrechamente con el personal médico y de enfermería durante las sesiones de hemodiálisis. Puede ayudar en la preparación de los pacientes para el procedimiento, la toma de signos vitales y la monitorización de los pacientes durante la sesión.

- Mantenimiento del orden y la seguridad:

El celador se asegura de que el entorno de trabajo sea seguro y ordenado. Esto implica mantener pasillos y áreas de trabajo despejadas, identificar y comunicar cualquier riesgo o problema de seguridad, y estar preparado para responder en caso de emergencias médicas.

- Apoyo emocional y acompañamiento:

Los pacientes en hemodiálisis a menudo pasan varias horas en la unidad, por lo que el celador puede ofrecer apoyo emocional al interactuar amablemente con ellos, escuchar sus preocupaciones y proporcionar compañía durante el tratamiento.

- Suministro de suministros y material:

El celador es responsable de mantener un inventario adecuado de suministros médicos y equipos utilizados en la unidad, garantizando que estén disponibles cuando se necesiten.

En resumen, el celador en una unidad de hemodiálisis juega un papel esencial en el cuidado de los pacientes al proporcionar orientación, asistencia física, apoyo emocional y contribuir al funcionamiento general de la unidad, asegurando un entorno seguro y cómodo para los pacientes y el personal médico.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen funcionamiento de la unidad de hemodiálisis, es crucial que el celador mantenga un alto nivel de profesionalismo y empatía en su trabajo diario. En primer lugar, debe priorizar la seguridad y el bienestar de los pacientes, siguiendo rigurosamente las normas de higiene y seguridad, y prestando especial atención a la prevención de infecciones. Además, la comunicación efectiva con el personal médico y de enfermería es esencial para garantizar una atención coordinada y de calidad.

En segundo lugar, el celador puede desempeñar un papel importante en la comodidad emocional de los pacientes. Escuchar sus preocupaciones, brindar apoyo y mantener un ambiente amigable y acogedor puede hacer que la experiencia de hemodiálisis sea menos estresante para ellos. Además, mantener un ambiente limpio y ordenado en la unidad contribuye al bienestar de todos. En resumen, la dedicación, el respeto y el compromiso del celador son cruciales para el buen funcionamiento de la unidad de hemodiálisis y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Álvarez-Ude, F. (2001). Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 14, 64-68.